

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
COM CRIANÇAS
PÓS – CATÁSTROFE

António Jorge Soares Antunes Nabais

Orientador: Prof.^a Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

com a colaboração da



**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
COM CRIANÇAS
PÓS – CATÁSTROFE**

António Jorge Soares Antunes Nabais

Orientador: Prof.^a Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e

Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutora Zaida Borges Charepe, Professora Auxiliar Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, orientadora;
- Doutora Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- José Manuel Queirós Teixeira de Sousa, Médico Psiquiatra e Presidente da Comissão de Ensino da Sociedade Portuguesa de Psicodrama, na qualidade de especialista de reconhecido mérito;
- Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos, Professora Catedrática da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros, Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Antónia Miranda Rebelo Botelho Alfaro Velez, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

2019

Aos meus filhos
Mariana e João

Aos meus pais
António e Georgete

Agradecimentos,

Crianças da escola em Tomar e Pais das crianças

Educadoras de infância, Professores e pessoal não docente da escola em Tomar

Alzira Peralta

Cláudia Calças

Lurdes Simeão

Ricardo Rodrigues

Lucília Nunes

Carla Damásio

Rui Inês

Armandina Antunes,

Sandra Xavier, Lino Ramos, Ana Barros Pires, Andreia Cerqueira

Luciana Lima

Enfermeiros da Área de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia(CHLC)

Equipa multidisciplinar da Área de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia(CHLC)

Ana Soares, Palmira Silva

Daniel Virella, Marta Alves

Luís Simões Ferreira

Manuela Almeida

Augusto Carreira

Lúcia Vaz-Velho, Arlete Amaro

Pires Madeira

Docentes do Dep. de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da ESEL

Direção da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Direção da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa

Maria José Rosa, José Rosa

Imaginava eu que havia tratados **da vida das pessoas**, como há tratados da vida das plantas, com tudo tão bem explicado, assim parecidos com o tratamento que há para os animais domésticos, não é? Como os cavalos tão bem feitos que há!

Imaginava eu que havia **um livro para as pessoas, como há hóstias para cuidar** da febre. Um livro com tanta certeza como uma hóstia. Um livro pequenino, com duas páginas, como uma hóstia. **Um livro que dissesse tudo, claro e depressa,** como um cartaz, com a morada e o dia.

Não achas, Mãe? Por exemplo. Há um cão vadio, sujo e com fome, **cuida-se deste cão e ele deixa de ser vadio,** deixa de estar sujo e deixa de ter fome.

Até as crianças já lhe fazem festas
Cuidaram do cão porque o cão não sabe cuidar de si, **não saber cuidar de si é ser cão.**

Ora **eu não queria que cuidassem de mim, mas gostava que me ajudassem,** para eu não estar assim, **para que fosse eu o dono de mim,** para que os que me vissem dissessem: **Que bem que aquele soube cuidar de si!**

Quando eu nasci, as frases que hão-de salvar a humanidade já estavam todas escritas, só faltava uma coisa - salvar a humanidade.

- O pequeno é como o grande.
- O que está em cima é análogo ao que está em baixo.
- O interior é como o exterior das coisas.
- Tudo está em tudo.

José de Almada Negreiros

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Projeto de investigação-ação.....	35
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Etapas, objetivos e métodos do projeto de investigação-ação.....	18
Quadro II - Distribuição da amostra por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo.....	73
Quadro III - Distribuição da amostra por ocorrência de eventos de vida Significativos.....	74
Quadro IV - Resultados das cinco escalas e pontuação total de dificuldades do SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.	76
Quadro V – Cronicidade das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.	77
Quadro VI - Resultados da pontuação de impacto. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.....	78
Quadro VII - Resultados das cinco escalas e pontuação total de dificuldades do SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.	79
Quadro VIII - Resultados da pontuação de impacto. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.....	81
Quadro IX - Diagnóstico de Perturbação Psiquiátrica, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos.	82
Quadro X – Distribuição dos resultados do SDQ, por género.	82
Quadro XI – Distribuição dos resultados do SDQ, por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo.....	83
Quadro XII – Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (conforme avaliado pelos pais).....	84
Quadro XIII – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo grau de sofrimento global (conforme avaliado pelos pais).....	85
Quadro XIV – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia-a-dia da criança, em casa (conforme avaliado pelos pais).....	85
Quadro XV – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia-a-dia da criança, na relação com os amigos (conforme avaliado pelos pais).....	86

Quadro XVI – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia-a-dia da criança, na aprendizagem na escola (conforme avaliado pelos pais).	87
Quadro XVII – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia-a-dia da criança, nas brincadeiras/tempos livres (conforme avaliado pelos pais).	87
Quadro XVIII – Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para pais/família das dificuldades (conforme avaliado pelos pais).	88
Quadro XIX – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo impacto de dificuldades (conforme avaliado pelos pais).	89
Quadro XX – Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (conforme avaliado pelos professores).	89
Quadro XXI – Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para professores/classe/turma das dificuldades (conforme avaliado pelos professores).	91
Quadro XXII – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo impacto de dificuldades (conforme avaliado pelos professores).	91

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1. Danos provocados pelo tornado	21
Imagem 2. Danos provocados pelo tornado	21
Imagem 3 – Sala e Cenário	109
Imagem 4 – Protagonista, o Grupo	110
Imagem 5 – Terapeuta e Coterapeuta	111
Imagem 6 – Aquecimento Inespecífico	112
Imagem 7 – Aquecimento	113
Imagem 8 – Dinâmicas e Jogos de Grupo	113
Imagem 9 – Aquecimento específico	114
Imagem 10 – Assumir outro papel	117
Imagem 11 – Papel social e da fantasia	118
Imagem 12 – Dramatização da queda	119
Imagem 13 – Dramatização do transporte de ambulância	119
Imagem 14 – Leitura de histórias	120
Imagem 15 – Dramatização da história	120
Imagem 16 – Crianças a viverem os papéis da fantasia	121
Imagem 17 – Interpolação de resistências	122
Imagem 18 – Representação simbólica	124
Imagem 19 – Papel psicossomático - o dormir	125
Imagem 20 – O lençol como objecto de transição	125
Imagem 21 – Criar o personagem	126
Imagem 22 – Viver o papel	126
Imagem 23 – A cicatriz e a história	127
Imagem 24 – Criação da história	127
Imagem 25 – Utilização de materiais no assumir do papel	128
Imagem 26 – Dramatização da história	128
Imagem 27 – Domínio do papel expandido	129
Imagem 28 – Domínio do papel expandido	129
Imagem 29 – Comentários	130

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO	13
1- O DESASTRE NATURAL NUMA ESCOLA EM TOMAR	20
2- A CONCEÇÃO DE AJUDA	22
3- CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE AJUDA	26
3.1. Pressupostos epistemológicos e metodológicos	27
3.2. Projeto de investigação - ação	29
3.2.1. 1ª Etapa: Conhecer a dimensão do desastre e triagem	29
3.2.2. 2ª Etapa: Intervenção terapêutica de prevenção	33
3.2.3. 3ª Etapa: Follow -up	33
3.3. Definição de situação	36
3.3.1. A infância e as crianças como população alvo	36
3.3.2. Modelo de transições de Afaf Meleis na construção do objeto	40
3.3.3. Modelo de psicodrama e sociodrama de J. L. Moreno na construção da intervenção terapêutico de prevenção	43
3.4. O encontro de modelos na construção da intervenção terapêutica de prevenção em grupo	54
4- PERCURSO METODOLÓGICO E EMPÍRICO	63
4.1. Entrevistas de Grupo	63
4.2. Triagem - SDQ	66
4.2.1. Estudo transversal com estudo caso - controlo aninhado	69
4.3. População e Amostra	70
4.4. Colheita de dados	71
4.5. Descrição sociodemográfica e familiar	72
4.6. Análise dos dados - SDQ	75
4.7. Resultados SDQ - Pais com suplemento de impacto	75
4.8. Resultados SDQ - Professores com suplemento de impacto	79
4.9. Construção dos grupos terapêuticos de prevenção	81
4.10. O que conhecemos das crianças “caso”	82
4.11. Discussão dos dados das crianças “caso”	93
4.12. Conhecer a dimensão do desastre - Desenhos das crianças	94
4.12.1. Desenhos e narrativas das crianças em pré-escolar	99

4.12.2. Desenhos e narrativas das crianças do 1º ciclo	100
4.13. Construção das sessões de intervenção terapêutica de prevenção em grupo	103
4.14. Construção dos grupos	107
4.15. As sessões de intervenção terapêutica de prevenção em grupo	109
4.16. Validação cultural do SDQ - Follow - up	131
4.17. Avaliação Follow - up	133
4.17.1. Avaliação da intervenção terapêutica de prevenção em grupo	136
4.18. Síntese dos resultados finais	137
5- CONCLUSÃO	142
BIBLIOGRAFIA	148
ANEXOS	162
Anexo 1 – Procedimento Multisectorial – Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação do CHLC	163
Anexo 2 – SDQ – Versão Pais com Suplemento de Impacto	164
Anexo 3 – SDQ – Versão Professores com Suplemento de Impacto	165
Anexo 4 – Cotação do SDQ com suplemento de impacto – Versão Pais/ Professores	166
Anexo 5 – Translation of the original items to Portuguese	167
Anexo 6 – Final version of the instrument in Portuguese	168
Anexo 7 - Translation to English of final version of the instrument in Portuguese produced from the input of these focus groups	169
APÊNDICE	170

RESUMO

Introdução: Ocorreu em Tomar um tornado que destruiu uma escola, encontravam-se no interior 136 crianças, educadoras de infância, professoras e pessoal não docente. Os adultos levantaram a possibilidade das crianças poderem vir a desenvolver problemas de saúde mental.

Pertinência e Relevância do Estudo: Sabendo que na Região Europeia uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e a maioria não recebe tratamento especializado, foi elaborado um plano de investigação-ação personalizado para identificar junto das 136 crianças, o risco de desenvolver problemas de saúde mental.

Objetivos do estudo: Implementar um plano de prevenção em saúde mental, constituído por três etapas distintas. A primeira etapa tem como objetivo conhecer a dimensão do desastre e realizar triagem. A segunda etapa tem como objetivo desenvolver uma intervenção terapêutica de prevenção. A terceira etapa é de *follow-up*.

Métodos: Entrevistas de grupo; triagem e *follow-up* com instrumento *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ); adaptação cultural para Portugal do questionário de seguimento SDQ – *follow-up*; desenhos e narrativas sobre desenhos, sujeitos a análise de conteúdo; intervenção terapêutica de prevenção.

Resultados: Das 103 crianças, 43 (41,7%) apresentavam risco de possível ou provável perturbação mental, 42 integraram a intervenção terapêutica de prevenção. Das 38 crianças que realizaram *follow-up*, 17 diminuíram o risco de possível ou provável perturbação mental. Da avaliação, a maioria significativa dos pais e professores consideraram que as crianças melhoraram, diminuindo o risco.

Conclusões: O SDQ mostrou ser útil na triagem e *follow-up*. Foi possível realizar triagem em contexto escolar. A prevenção em contexto escolar é viável e com boa adesão. A intervenção terapêutica de prevenção parece ser mais benéfica para crianças com possível ou provável evolução para perturbação da conduta.

Palavras-chave: Crianças; SDQ; Desastre; Suplementação do papel; Psicodrama e Sociodrama; Transições; Intervenção terapêutica de prevenção.

ABSTRACT

Introduction: Happened in Tomar a tornado that destroyed a school, where 136 children, kindergarten teachers, non-teaching staff and teachers were inside. Adults have raised the possibility that children may develop mental health problems.

Pertinence and relevance of the study: Knowing that in the European Region one in five children has evidence of mental health problems and most do not receive specialized treatment, a personalized research-action plan has been developed to identify the risk of developing mental health problems among 136 children.

Study Objectives: Implement a mental health prevention plan consisting in three distinct phases. The first step aims to know the dimension of the disaster and carry out screening. The second stage aims to develop a therapeutic prevention intervention. The third step is follow-up. The third phase is follow-up.

Methods: Group interviews; screening and follow-up with SDQ; cultural adaptation of follow-up questionnaire SDQ to Portugal; drawings and narratives of these drawings were done, subject to content analysis, therapeutic prevention intervention.

Results: Of these 103 children, 43 (41.7%) present risk of possible or probable mental disorder, 42 included the therapeutic intervention of prevention. Of the 38 children who performed follow-up, 17 lessened the risk of possible or probable mental disturbance. From the evaluation, a significant majority of parents and teachers found that children improved, reducing the risk.

Conclusions: The SDQ was shown to be useful in screening and follow-up. It was possible to carry out screening in a school context. Prevention in the school context is feasible and with good adherence. The therapeutic intervention of prevention seems to be more beneficial for children with possible or probable evolution to conduct disorder.

Keywords: Children; SDQ; Disaster; Supplementation of the role; Psychodrama and Sociodrama; Transitions; Therapeutic intervention of prevention

INTRODUÇÃO

O aqui-e-agora presente na redação e entrega desta tese para discussão, consubstancia um projeto de investigação-ação de triagem e prevenção da doença mental na infância, junto de crianças que se encontram em risco, após viverem um desastre natural na escola.

A Área de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia (HDE), no Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), recebeu um pedido da Proteção Civil de Tomar a solicitar uma “intervenção pós – catástrofe”, após um Tornado ter destruído por completo uma escola onde se encontravam presentes crianças, pessoal docente e não docente. A solicitação a serviços regionais teve, pela direção de Pedopsiquiatria, uma compreensão dialética entre a saúde e o social, não se fixando em exclusivo no modelo médico, enquanto problema pessoal, diretamente causado por doença ou trauma que requer um tratamento individual, mas integrando a compreensão social do problema, que tem presente um conjunto complexo de condições, muitas das quais originadas pelo meio, sendo a gestão do problema da responsabilidade coletiva da sociedade, numa abordagem “biopsicossocial”¹.

A singularidade do pedido conduziu uma resposta ideológica e atitudinal particular para o caso, quer na triagem a efetuar quer nas medidas preventivas a implementar em saúde mental e psiquiatria na infância.

Desastres naturais provocados por Tornado em Portugal são raros, os mais frequentes são originados por temperaturas extremas, incêndios e inundações, segundo a classificação do *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters*, não existindo registo de desastres que tenham ocorrido em escolas (CRED, 2012).

¹ Proporcionar uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde a partir de uma perspectiva biológica, individual e social (WHO, 2007).

A direção clínica de Pedopsiquiatria, em colaboração com o Centro de Investigação do CHLC, construiu uma resposta que permitiu realizar uma triagem em saúde mental às crianças que viveram o Tornado e uma intervenção de prevenção² junto das crianças que se encontravam em risco de desenvolver uma perturbação mental.

Assim, a finalidade da “intervenção pós-catástrofe” foi inserida no âmbito da prevenção da doença mental na infância, decorrendo a triagem e intervenção³ de prevenção em contexto escolar.

A resposta à solicitação da Proteção Civil teve presente os recursos regionais em saúde mental e psiquiatria na infância, que se encontravam a cerca de 150 km de distância, e a dimensão da população afetada, 136 crianças.

As intervenções de prevenção em saúde mental a implementar com crianças e adolescentes têm indicação para decorrer em contexto escolar (WHO, 2017) (Joint Action on Mental Health and Well-being, 2017), apresentando um papel importante na melhoria da saúde mental e bem-estar de crianças e adolescentes, com programas de prevenção e promoção eficazes (Almeida, 2015).

O Programa Nacional de Saúde Mental (2017) em 2017 – 2018, que tem como meta de saúde a 2020 aumentar em 30% programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, na população da infância e adolescência, apresentou como uma atividade relevante, que se desenvolve desde 2013, o projeto “+ Contigo”. Este projeto tem financiamento da Direção Geral de Saúde e intervém em meio escolar no âmbito do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

² A WHO (2004a;17) define “Mental disorder prevention aims at “reducing incidence, prevalence, recurrence of mental disorders, the time spent with symptoms, or the risk condition for a mental illness, preventing or delaying recurrences and also decreasing the impact of illness in the affected person, their families and the society” (Mrazek & Haggerty, 1994).”

³ Por intervenção entendeu-se “uma atividade ou conjunto de atividades destinadas a modificar um processo, curso de ação ou sequência de eventos, a fim de alterar uma ou várias das suas características” (WHO, 2004:36).

2013-2017, tendo em 2016 abrangido 6151 alunos das regiões do Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Açores.

Das entrevistas de grupo realizadas aos educadores de infância, professores, pessoal não docente e pais das crianças, foi descrita sintomatologia como medo, dificuldade na separação, comportamentos agressivos, enurese, ansiedade, dificuldade em adormecer. Parte desta sintomatologia é sobreponível com sintomas comuns que as crianças apresentam ao experienciar uma catástrofe natural: medo, depressão, culpa, dificuldades de aprendizagem na escola e diminuição do interesse por outras atividades, comportamento regredido, perturbações do sono, perda de apetite, pesadelos, agressividade, dificuldades de concentração e ansiedade de separação (ZOTTI et al, 2006; BAGGERLY e EXUM, 2008).

As catástrofes naturais na atualidade cobram um pesado tributo à saúde mental⁴ das pessoas afetadas. A ansiedade é referida entre um terço e metade das pessoas afetadas. Estudos com vítimas de catástrofes naturais indicam uma taxa elevada de perturbações mentais (OMS, 2001).

Sabemos ainda que, além das crianças que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas têm problemas de saúde mental que podem ser considerados subliminares, não preenchendo os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, estão igualmente em sofrimento e beneficiariam de tratamento especializado (CNSM, 2008).

A intervenção de prevenção neste contexto é indicada, visto as crianças apresentarem sintomas detetáveis, que embora não constituam critérios para diagnóstico psiquiátrico, apresentam um alto risco de vir a desenvolver uma doença mental (WHO, 2004a).

⁴ A saúde mental é parte integrante da saúde, não existe saúde sem saúde mental. A saúde mental é determinada por fatores socioeconómicos, biológicos e ambientais. Os pilares para uma vida com saúde mental, assentam nos primeiros anos de vida (OMS, 2010).

Quer no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, quer nas recomendações para a prática clínica em saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários, o Ministério da Saúde, o Alto Comissariado da Saúde e a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008; 2009) identificam as experiências traumáticas e as situações de vulnerabilidade somática da criança como fatores de risco que poderão predizer o aparecimento de alterações na saúde mental das crianças e jovens. Na Região Europeia, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e esta proporção tende a aumentar sendo que os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, assumiu como objetivo fundamental, o diagnóstico precoce de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias terapêuticas, como uma prioridade a nível nacional, no contexto da promoção da saúde global da população.

Perante este contexto apresentou-se como essencial realizar uma triagem que permitisse evitar fenómenos de *undertriage*⁵ ou *overtriage*⁶, adequando os cuidados às necessidades das crianças e à capacidade de resposta dos serviços.

Na prática clínica desenvolvida pelo CHLC na especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência o uso do *Extended Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), é recomendado para triagem na comunidade a crianças que se encontrem em risco, visto permitir uma boa discriminação entre crianças com e sem sintomas psiquiátricos (Moura, M; Encarnação, R.; Gomes, Fátima, 2010). A nível internacional o SDQ foi igualmente selecionado para desenvolver uma metodologia

⁵*Undertriage* representa a não identificação de crianças que poderiam beneficiar de cuidados mais precoces ou diferenciados. A questão da somatização é igualmente relevante, um terço dos sintomas somáticos não têm explicação clínica. Alguns ensaios clínicos indicam que um acompanhamento adequado, com prestação de cuidados de saúde mental, pode reduzir os custos com recursos de saúde em cerca de um terço. (Miguel, Luís S.; Brito de Sá, Armando, 2010)

⁶*Overtriage*, significa a sobrevalorização da necessidade real da atribuição de prioridade ou a disponibilização de recursos superior aos necessários para responder às necessidades da criança. Esta situação pode levar à realização de exames auxiliares de diagnóstico desnecessários e ao aumento da prescrição farmacológica. (Miguel, Luís S.; Brito de Sá, Armando, 2010)

eficaz e comparável no projeto *The School Children Mental Health in Europe (SCMHE)*, que tem como finalidade criar um conjunto de indicadores que permita recolher e monitorizar a saúde mental das crianças de forma eficiente e comparável entre os países da União Europeia (Kovess, V. et al, 2015).

O projeto de investigação-ação foi constituído por três etapas, com objetivos distintos em cada etapa. A primeira etapa teve como objetivo conhecer a dimensão do desastre, pela voz dos pais, professores, pessoal não docente e crianças; realizar triagem que permitisse identificar as crianças em risco de uma possível ou provável perturbação mental. A segunda etapa teve como objetivo desenvolver uma intervenção terapêutica de prevenção junto das crianças que se encontravam em risco. A terceira etapa teve como objetivo avaliar a intervenção terapêutica de prevenção, reavaliando após a intervenção de prevenção, as crianças que diminuíram, mantiveram ou aumentaram o risco, encaminhando posteriormente para a consulta de pedopsiquiatria, quando os pais solicitam ou aceitam o encaminhamento proposto pela equipa, por a criança se encontrar em risco.

Em cada etapa foi desenvolvida uma metodologia distinta para atingir os objetivos. Na primeira etapa, as entrevistas de grupo com pais, educadoras de infância e professoras permitiram conhecer a realidade, apresentar o projeto de investigação-ação, clarificar questões, garantir a confidencialidade e a exclusiva intervenção junto das crianças em que os pais concordando, assinaram o consentimento informado e esclarecido do CHLC. Foi realizada triagem recorrendo ao instrumento SDQ que foi preenchido por pais e professores. Para aceder às crianças, recolher a sua aprovação em participar e conhecer a presença do desastre, foram realizados desenhos e narrativas sobre esses desenhos, sujeitos a análise de conteúdo.

Na segunda etapa foi desenvolvida a intervenção terapêutica de prevenção, que decorreu em contexto grupal, *locus* adequado para a transição e suplementação do papel, através de processos de comunicação e interação desenvolvidos nas sessões, recorrendo ao Psicodrama e Sociodrama (Moreno, 1992; 1992a; 2013) como

ferramenta, mobilizando as técnicas para clarificar o papel, assumir o papel, criar o papel e apresentar o domínio do papel expandido (Melleis, 2010).

Na terceira etapa foi realizada a adaptação cultural para Portugal do questionário de seguimento SDQ – *follow-up*, que permitiu reavaliar as crianças e avaliar a intervenção terapêutica de prevenção.

Quadro I – Etapas, objetivos e métodos do projeto de investigação-ação

Etapas	Objetivos	Métodos/ Técnicas
1 ^a	. Conhecer a dimensão do desastre. . Realizar Triagem.	. Entrevistas de grupo a pais, professores e pessoal não docente. . Desenhos e narrativas das crianças. . Extended Strengths and Difficulties Questionnaire. (SDQ)
2 ^a	. Desenvolver uma intervenção terapêutica de prevenção com crianças em risco de uma possível ou provável perturbação mental.	. Contexto grupal, através de processos de comunicação e interação desenvolvidos com recurso ao Psicodrama e Sociodrama como ferramenta, mobilizando as técnicas para clarificar o papel, assumir o papel, criar o papel e apresentar o domínio do papel expandido, segundo a teoria de Afaf Meleis.
3 ^a	. Realizar <i>Follow-up</i> . . Avaliar a intervenção terapêutica de prevenção.	. Adaptação cultural do Extended Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – <i>Follow-up</i> . Aplicação do Extended Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – <i>Follow-up</i>

Esta tese de doutoramento estrutura-se em introdução, quatro capítulos e conclusão. Consideramos no primeiro capítulo o desastre vivido pelas crianças, pais, docentes/ educadoras e pessoal não docente, o segundo e terceiro capítulos sobre como se construiu a ajuda em saúde mental e psiquiatria, apresentando os pressupostos metodológicos que estiveram na origem do projeto de investigação-ação. A apresentação do modelo de transições de Afaf Melleis e do modelo de Psicodrama e Sociodrama de J. L. Moreno, permitiu concetualizar a intervenção terapêutica de prevenção em saúde mental na infância. O quarto capítulo apresenta o percurso metodológico da triagem, intervenção e *follow-up*, finalizando com a conclusão.

1. O DESASTRE NATURAL NUMA ESCOLA EM TOMAR

A sete de Dezembro de 2010 ocorreu em Tomar⁷ um tornado⁸, classificado como de nível 3 na escala de Fujita melhorada, com rajadas de vento entre os 218 e 266 km/h. Os desastres⁹ naturais mais frequentes em Portugal são originados por temperaturas extremas, incêndios e inundações, segundo a classificação do Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED, 2012), onde se encontram inseridos os desastres ocorridos em Portugal de 1900 a 2013. Para um desastre ser inserido no banco de dados da CRED tem de apresentar um dos seguintes critérios: 10 ou mais pessoas mortas; 100 ou mais pessoas afetadas; declaração do estado de emergência; pedido de ajuda internacional. Este tornado de 2010 não se encontra inserido no banco de dados da CRED - não ocorreram mortos, não foi declarado estado de emergência nem pedida ajuda internacional, contudo foram afetadas 136 crianças, cinco professores, duas educadoras de infância e quatro assistentes operacionais.

No momento do desastre as intervenções da Proteção Civil e unidades de saúde locais foram as necessárias no socorro imediatos, todas as crianças e profissionais afetados tiveram os cuidados de saúde necessários decorrentes do desastre. Tendo a escola ficado totalmente destruída, como se observa na imagem 1 e 2, foram colocados contentores em outra escola do conselho, que permitiu manter o ano letivo a decorrer. Foram realizadas obras na escola com o objetivo de iniciar o ano letivo seguinte. No decorrer do segundo e terceiro períodos do ano escolar as crianças apresentaram comportamentos na escola e em casa que os

⁷ Tomar é uma cidade portuguesa, com 40 677 habitantes numa área de 351.2 Km² situada no centro geográfico do país, pertencente ao Distrito de Santarém, região Centro e sub-região do Médio Tejo. <http://www.cm-tomar.pt/index.php/pt/municipio/concelho/caracterizacao>

⁸ Um tornado é uma coluna de ar rotativa (Vortex) que emerge da base de uma nuvem cumulonimbus e tem contato com a superfície da Terra. Tipicamente forma-se durante uma tempestade de convecção severa nas chamadas super-células e muitas vezes é visível como uma nuvem em forma de funil. Os tornados são geralmente de curta duração, durando, em média, não mais que 10 minutos. Eles podem gerar velocidades de vento acima dos 400 km/h são considerados o fenómeno meteorológico mais destrutivo. A intensidade dos tornados é avaliada através da Escala de Fujita melhorada (CRED, 2012).

⁹ CRED (2012) define um desastre como "uma situação ou evento que supera a capacidade local, necessitando de um pedido a um nível nacional ou internacional para a ajuda externa, um acontecimento imprevisto e, muitas vezes súbita que causa grande dano, destruição e sofrimento humano."

educadores, professores e pais associaram ao risco acrescido de poderem vir a desenvolver problemas de saúde mental.



Sala comum onde se encontravam as crianças



Escola destruída pelo tornado, sem tecto, portas e janelas

Imagem 1 e 2 - Danos provocados pelo tornado - www.sabado.pt

Segundo os pais e equipa docente, a Proteção Civil e o Centro Hospitalar Médio Tejo, deram uma resposta eficaz e de qualidade às necessidades decorrentes do trauma físico vivido, mas durante o ano letivo, sentiram a necessidade de uma resposta para a possibilidade das crianças poderem vir a desenvolver problemas de saúde mental.

Os danos que as crianças apresentavam decorrentes do desastre foram, equimoses, hematomas, feridas contusas e perfurantes, esfacelos e fraturas. Nenhuma criança morreu, mas a quase totalidade apresentava, quatro meses depois, cicatrizes em várias zonas do corpo, resultantes do desastre. Se as cicatrizes evidenciavam o fim de um processo de cicatrização, quando associadas a outras manifestações como agitação, angústia de separação, comportamento agressivo, enurese, alterações no padrão de sono e repouso com insónia, hipersónia e pesadelos, insegurança, labilidade emocional, medo¹⁰, gerou nos pais e na equipa docente uma incapacidade em ler e interpretar estes comportamentos nas crianças.

¹⁰ Agitação: hiperatividade, condição de excitação psicomotora sem objetivo, atividade incessante, andar sem parar, descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou stress mental; angustia de separação: sentimento de medo e apreensão causados pela separação; comportamento agressivo: ação ou atitude energética de auto-assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente; enurese: Incontinência Urinária, perda involuntária de urina; hipersónia: duração anormalmente longa de um sono, letargia, associado a fatores mais psicológicos que físicos; insónia: incapacidade de dormir ou manter-se a dormir a noite toda, normalmente associado a fatores psicológicos; pesadelo: sonhar durante o sono de movimento rápido dos olhos, sentimento crescente de medo que é impossível fugir; insegurança: emoção negativa, sentimento de incerteza, falta de confiança; medo: sentir-se ameaçado, em perigo, perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas; emoção: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressos, podem aumentar com o stress ou com a doença (CIPE, 2011).

2. A CONCEÇÃO DE AJUDA

A solicitação de ajuda foi encaminhada para o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), Área de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia (HDE) em Março de 2011, após a escola e pais das crianças não terem consigo ajuda local. De início, solicitaram ajuda ao agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Médio Tejo II, ao Centro Hospitalar Médio Tejo e ao Hospital de Santarém. Nos centros de saúde não existem equipas especializadas para desenvolver uma intervenção em saúde mental na infância e o Centro Hospitalar Médio Tejo tinha uma Pedopsiquiatra a meio tempo (20h/ semana), não existindo mais profissionais nessa área.

Segundo a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência (RRHPIA)¹¹ (ACSS, 2010), quando as instituições locais da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo não conseguem dar resposta, referenciam para o CHLC. A Proteção Civil de Tomar, dando resposta ao sentimento de insegurança dos pais e docentes perante o comportamento que as crianças apresentavam após a experiência do acidente, e na ausência de resposta local, solicitaram a nível regional uma “intervenção pós – catástrofe” junto de crianças do pré – escolar e primeiro ciclo que se encontravam no interior da escola quando esta foi destruída por um tornado, de acordo com a RRHPIA.

Após o pedido chegar à Área de Pedopsiquiatria¹², a Direção da Área com o apoio do Centro de Investigação do CHLC conceberam a intervenção, planeando a triagem e a intervenção terapêutica de prevenção junto das 136 crianças do pré-escolar e primeiro ciclo do ensino básico em Tomar. Era inviável a resposta habitual em pedopsiquiatria, realizando a triagem e intervenção terapêutica à criança e família em ambiente hospital. Deslocar 136 crianças, famílias, professores, educadores a 150 Km, com uma periodicidade semanal, tinha um

¹¹ Administração Central do Sistema de Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf.

¹² Centro Hospitalar Lisboa Central. <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=214&eid=2325&returnUrl=%2fcontentlist.aspx%3fmenuid%3d214>

impacto danoso quer no absentismo laboral dos pais quer no normal funcionamento da escola, por um período que se previa longo. Existia de igual forma o risco de *Overtriage*, a empatia exclusivamente humanitária com as crianças que experienciaram o desastre, sem a avaliação clínica realizada em triagem, que identificasse as crianças em risco, inviabilizava a intervenção por sobrevalorização das necessidades reais. Considerar a intervenção irrealizável por falta de recursos humanos, materiais ou financeiros, colocaria um conjunto de crianças em risco acrescido, numa situação de *Undertriage*, com a dupla desvantagem de terem experienciado o desastre e não beneficiarem de cuidados precoces e diferenciados.

A conceção da intervenção teve presente a revisão da literatura em estudos publicados em artigos científicos¹³, que mobilizámos ao longo do trabalho, e recomendações internacionais¹⁴, sendo enquadrada na regulação nacional em saúde mental e psiquiatria¹⁵ e regulação institucional, uma vez que se desenvolve no HDE do CHLC, instituição certificada pelo CHKS.¹⁶

¹³ Publicados em texto integral, escritos em inglês na base de dados electrónica EBSCO - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; MedicLatina; Health Technology Assessments; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Methodology Register; Academic Search Complete; Fuente Académica; E-Journals; Library, Information Science & Technology Abstracts. Os artigos foram selecionados considerando os critérios de inclusão: Crianças; SDQ; Desastre; Intervenção terapêutica de prevenção e método de investigação indutivo ou dedutivo. Como critério de exclusão: Estudos não empíricos e sem relação com o objeto de estudo.

¹⁴ Instituições e documentos internacionais - WHO (2005) Mental Health Declaration for Europe; European Commission (2005) Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe; European Commission (2008) European Pact for Mental Health and Well-being 2008; WHO (2013) Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO/ICN (2007) Atlas Nurses in Mental Health; Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jané-Llopis, E. (2009). Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities; COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2005) - Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia. Bruxelas.; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2010) - Mental health: strengthening our response. Fact sheet N°220.

¹⁵ Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016); Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental - 2017.

¹⁶ O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE conseguiu obter o reputado galardão da Acreditação Total pelo Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS) para duas das suas unidades hospitalares: o Hospital de Santa Marta e o Hospital Dona Estefânia. <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=147&eid=2395&returnUrl=%2Fcontentlist.aspx%3Fmenuid%3D147%26search%3D%26page%3D2>

Foram consultados peritos em Enfermagem, Psiquiatria da Infância e Adolescência e Investigação, emergindo o desafio de associar a intervenção a uma investigação clínica. No curso de Doutoramento em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em parceria com a Universidade de Lisboa, o desafio foi aceite, enquadrando-nos num posicionamento epistemológico na perspectiva de desenvolvimento da enfermagem que aumenta o potencial do exercício profissional, acreditámos que na atualidade a disciplina de enfermagem deverá surgir em paralelo com o desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros, diminuindo o fosso entre a formação e a prática clínica (Paiva, 2006, 40).

Dos peritos consultados em Enfermagem a Professora Doutora Lucília Nunes¹⁷ aceitou o desafio de orientar o estudo, o Doutor Daniel Virella¹⁸ assegurar suporte à investigação, o Dr. Luís Simões Ferreira, Diretor da Área de Pedopsiquiatria, do suporte clínico assim como a Dr.^a Maria João Brito, Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicodrama, quando o modelo de intervenção em grupo se apresentou como uma possibilidade da intervenção.

Justificando o posicionamento epistemológico de desenvolvimento da enfermagem, não nos colocámos na compreensão tradicional da cultura ocidental, de afastamento entre prática e teoria, distinguindo o conhecimento de produção (Nunes, 2017), integramos de forma coexistente a prática clínica e a prática teórica, a clínica de Enfermagem não se poderia desenvolver sem os conceitos, a ciência que a suporta¹⁹.

¹⁷ Lucília Rosa Mateus Nunes, Professora Doutora, Professora Coordenadora – Departamento de Enfermagem – Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, Campus do IPS, Estefanilha, Edifício da ESCE, 2914 - 503 Setúbal http://www.si.ips.pt/ess_si/FUNCIONARIOS_GERAL.FORMVIEW?P_CODIGO=8471

¹⁸ Daniel Virella Gomes, Mestre, Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria Médica - Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital D. Estefânia – Centro de Investigação: Rua Jacinta Marto 1169 -045 Lisboa <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=469&eid=2345&returnUrl=%2Fcontentlist.aspx%3Fmenuid%3D469>

¹⁹ “O *ideal de saber científico* pode ser, hoje, considerado como um ideal histórico, mutável, que impõe os próprios critérios de racionalidade, suscita a formação de paradigmas nas diversas ciências, afeta a época em que existe, opera sincronicamente, permite distinguir revoluções locais e globais da ciência, separa as várias disciplinas e separa metodologia da ciência de sociologia do conhecimento.”(Nunes, 2017, 77)

A classificação de determinados conceitos é negativa se autoritária, fechada, não permitindo o seu questionamento, terminando com a investigação conceptual. “Todo o conceito que, pelo contrário, possibilita discórdia, rejeição – isto é, que admite diálogo e que não impõe o fim da conversa, este tipo de conceito então, pelo contrário, é benéfico; mais: é indispensável (Tavares, 2013, 29).

A necessidade de cuidados das crianças divergiam de uma clínica tradicional, médico-científica²⁰ onde predomina o modelo biomédico (Cabral et al, 2002) que privilegia a intervenção curativa em detrimento de medidas preventivas. A compreensão desenvolvida a partir dos artigos científicos, das recomendações internacionais, dos textos consultados e das ideias dos peritos foram relevantes; a contemporaneidade de textos originais, em detrimento de um lugar histórico fixo na cronologia, de uma data, têm influência pela força da emissão, cruzada com o momento reflexivo do receptor²¹ (Tavares, 2013).

Na constituição da equipa que iria realizar a triagem e intervenção, foram integrados, o Enfermeiro Ricardo Rodrigues, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e Diretor de Sociodrama pela Sociedade Portuguesa de Psicodrama, a Enfermeira Cláudia Calças e Enfermeira Lurdes Simeão que se encontravam a realizar o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa²².

²⁰ “...a melhoria dos cuidados de saúde e os avanços no campo da medicina e da farmacologia levaram a uma desvalorização dos factores ambientais, sociais e psicossociais na explicação e prevenção das doenças. Como consequência desta situação de domínio do modelo biomédico, que privilegia uma concepção de doença e das suas causas em termos microbiológicos e fisiológicos, a estratégia política de melhoria da saúde pública e individual reduz-se, basicamente, ao aumento da oferta e/ou da qualidade dos serviços de saúde e ao acesso aos medicamentos.” (Cabral et al; 2002, 30)

²¹ Gonçalo M. Tavares (2013) desenvolve: *conhecer é tornar presente*; conhecer algo do passado é resgatá-lo desse tempo, é puxá-lo para *aqui* e para *hoje*, é este o processo de tornar contemporâneo correntes de pensamento.

²² Concluíram sob minha orientação os relatórios, respetivamente: “O Desenho e a Narrativa como mediadores – da Avaliação à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental” e “Avaliação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental em Crianças do Pré – Escolar e 1º Ciclo após a experiência de um Tornado”.

3. CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE AJUDA

A decisão tomada pela direção da área de Pedopsiquiatria em ser o profissional de saúde integrado na profissão de Enfermagem²³ a planear a triagem e intervenção, congrega uma pluralidade de justificações²⁴ sobre os regimes de ação²⁵ desenvolvidos como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria²⁶ vinculado à disciplina de Enfermagem²⁷.

Da revisão da literatura, da prática clínica desenvolvida na área e do parecer de peritos, foi consensual na etapa inicial a necessidade de realizar entrevistas de grupo não estruturadas aos educadores de infância e professores, pais e pessoal não docente. Foi necessário conhecer a perspetiva de quem viveu o desastre, criar um contexto onde os diferentes atores se pudessem expressar livremente, tendo o entrevistador/investigador a função de estimular a partilha, solicitar relatos e opinião sobre o experienciado, perceção sobre possível repercussão no presente, facilitando o meio onde possam ser expressas emoções e sentimentos (Fortin, 2000).

Tendo a população alvo uma dimensão significativa, 136 crianças, pais ou

²³ Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Artigo 4º; nº1 do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro com alterações introduzidas pelo decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE)

²⁴ “O modelo de ação justificadora não é construído em nenhum vazio. A sua coerência interpretativa baseia-se nas propriedades contidas nas situações experimentadas pelos indivíduos ao longo de todos os dias das nossas vidas.” (Resende, 2003, 204)

²⁵ Em Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, foi publicado o Regulamento n.º 129/2011, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, que suporta os regimes de ação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

²⁶ Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Artigo 4º; nº3 do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro com alterações introduzidas pelo decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE);

²⁷ Na disciplina de Enfermagem a teoria das transições de Afaf Meleis apresenta uma possibilidade de compreensão sobre o impacto na saúde das crianças que vivem um desastre, assim como nos familiares e pessoal docente, assim como na leitura da superação.

tutores legais, cinco professores, duas educadoras de infância e quatro assistentes operacionais, elaboramos previamente o projeto de investigação – ação, de forma a apresentar aos pais, tendo sido previamente acordado com estes e profissionais da escola a opção por entrevistas de grupo, evitando assim múltiplas deslocações à escola, diminuindo o risco de abandono do projeto ("*drop out*"), e potenciando a partilha de experiências semelhantes.

3.1. Pressupostos epistemológicos e metodológicos

Foi em Maio de 2011, durante o debate desenvolvido na discussão pública do projeto de tese, que se afirmou a adequação da metodologia de investigação–ação. Entendendo a necessidade de desenvolver uma metodologia indutiva, próxima da ação, adoptou-se a partir do objeto de estudo, que a realidade emerge anteriormente à teoria, e os seus questionamentos não são deduzidos à posteriori de um quadro conceptual, mas induzidos à priori por uma realidade interpelante. (Guerra, 2002, 44)

Afastando-nos do paradigma empírico, do que se conhece pode ser verificado, vinculamo-nos ao paradigma interpretativo, posicionando-nos numa compreensão da realidade complexa onde o contexto ganha importância e os atores atuam reciprocamente. As metodologias de investigação–ação apresentam como elemento fulcral da estratégia de conhecimento a relação entre o cientista e o seu objeto de estudo. (Guerra, 2002, 43)

Tomando por foco a experiência humana, a subjetividade é enfatizada em detrimento da objetividade, ambicionando aproximar a teoria da prática, de uma prática centrada na pessoa, enquanto cliente dos cuidados de enfermagem. Dando resposta às necessidades de uma população de crianças que experienciou um desastre, posicionámo-nos epistemologicamente na perspetiva de um desenvolvimento da enfermagem que aumente o potencial do exercício profissional dos enfermeiros, mobilizando a disciplina de enfermagem na conceptualização do problema experienciado pela população e no suporte ao

desenvolvimento clínico da profissão de enfermagem, tanto na triagem, como na intervenção terapêutica de prevenção e reavaliação.

A complexidade em definir investigação-ação materializa-se nas diferentes formas de ligar a prática à pesquisa. Alcides Monteiro (1988) apresenta várias definições de investigação-ação (Guerra, 2002), apresentando enquanto um processo no qual os investigadores e os atores conjuntamente investigam sistematicamente um dado e põem questões com vista a solucionar um problema imediato, experienciado pelos atores e a enriquecer o saber cognitivo, o saber-fazer e o saber-ser, num quadro ético mutuamente aceite, onde o investigador já não realiza a rutura (epistemológica) através da não-implicação no terreno, através do seu distanciamento das produções ideológicas dos grupos implicados e dos seus interesses. Ao contrário, o investigador procura a rutura através da sua intervenção ativa desde o primeiro momento da constituição do grupo.

Guerra (2002) refere-nos a pluralidade dos campos de aplicação da investigação-ação, desde a intervenção psicossociológica (Kurt Lewin, Moreno Touraine), que tem como objetivo a produção de conhecimento, compreendendo o que se passa mas, ao mesmo tempo, implicando a participação de todos os que intervêm na produção de conhecimento com vista à mudança, à intervenção pela informação do grupo (Floyd Mann, Michel Crozier), centrada na capacidade dos grupos para a mudança a partir de um melhor conhecimento de cada um dos elementos do grupo, dos seus contextos e objetivos, na intervenção clínica, apelidada na Europa de “intervenção-ação”, que se situa numa grande diversidade de métodos e de campos de intervenção: desde a análise institucional de Lapassade e de Lourau (em terapia ou em pedagogia), à inspiração Lewiniana dos *training groups* em laboratório nos EUA e à inspiração Rogeriana em França.

Na atualidade, a intervenção é sobretudo utilizada em formação e em terapia. Grupos de encontro, grupos terapêuticos, grupos-maratonas, *gestalt-terapie*, grupos bioenergéticos, entre outros, geram-se na procura de satisfação das necessidades emocionais dos indivíduos e dos grupos e na tentativa de os

reconciliar, incorporando técnicas de descontração, de formas de comunicação afetiva e corporal. (Guerra, 2002)

3.2. Projeto de investigação – ação

O projeto foi construído com três etapas distintas, tendo objetivos distintos em cada etapa.

A primeira etapa teve como objetivo conhecer a dimensão do desastre, pela voz dos pais, professores, pessoal não docente e crianças, e realizar triagem, identificando as crianças em risco.

A segunda etapa teve como objetivo desenvolver uma intervenção terapêutica de prevenção com as crianças em risco de desenvolver uma possível ou provável perturbação mental.

A terceira etapa teve como objetivo realizar *follow-up* e avaliar a intervenção terapêutica de prevenção.

3.2.1. 1ª Etapa: Conhecer a dimensão do desastre e triagem

Para conhecer a dimensão do desastre foi previamente planeada com os pais e profissionais da escola a realização de entrevistas, tendo sido realizadas entrevistas de grupo não estruturadas, onde o tema sobre o desastre foi introduzido, disponibilizando-nos para escutar as experiências narradas, surgindo a expressão emocional e partilha de sentimentos. Foi igualmente introduzido o tema sobre as manifestações das crianças na atualidade. As entrevistas foram realizadas durante os meses de Setembro e Outubro de 2011, realizando-se também uma entrevista de grupo com o pessoal não docente e outra com as professoras e educadoras de infância.

As entrevistas de grupo com os pais e representantes legais foram divididas em grupos de crianças com 4, 5 e 6 anos de idade, crianças com 7 e 8 anos de idade, e crianças com 9 e 10 anos. Esta distribuição está associada ao desenvolvimento

das crianças e organização de grupos em número que fosse viável dinamizar. As entrevistas foram registadas em diário de bordo. Na área de pedopsiquiatria, os enfermeiros²⁸ e outros profissionais de saúde, utilizam com frequência o SDQ²⁹, por ser um instrumento viável para a triagem, ter boa especificidade e moderada sensibilidade, é igualmente sensível para avaliar o efeito da intervenção, quando aplicado antes e depois, sendo sistematicamente utilizado em todo o mundo³⁰ em estudos de investigação clínica.

A aplicação do SDQ na triagem foi previamente validada com a equipa coordenadora do instrumento³¹. Sendo um instrumento sensível para avaliar a intervenção, permitiu igualmente ser mobilizado na terceira etapa do projeto, *follow-up*. O SDQ inclui um algoritmo computadorizado, que foi fornecido pela equipa que coordena o instrumento, após apresentação do projeto. O risco é avaliado através das pontuações da escala de sintomas emocionais, problemas do comportamento e de hiperatividade, e através da pontuação de impacto, dos questionários com suplemento de impacto preenchidos por pais e professores. O algoritmo gera as classificações “improvável”, “possível” ou “provável” para quatro categorias de perturbação em risco: perturbação emocional (incluindo ansiedade, depressão, perturbação obsessivo-compulsiva, fobias), perturbação da conduta (incluindo perturbação de oposição), perturbação de hiperatividade e perturbação psiquiátrica (Goodman, Renfrew e Mukkik, 2000b).

Na primeira etapa do projeto, após as entrevistas de grupo, foi apresentado o projeto de investigação-ação, na globalidade. Esclarecidas dúvidas, foi solicitado aos pais ou representantes legais a leitura do consentimento esclarecido para

²⁸ “Sendo o enfermeiro responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação/problema, suportando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios e métodos”. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-72-2008.pdf

²⁹ <http://www.sdqinfo.com/d0.html>

³⁰ O SDQ encontra-se traduzido para mais de 40 idiomas (GOODMAN, 2001). Este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa por Bacy Fleitlich, Mário Jorge Loureiro, António Fonseca e Filomena Gaspar.

³¹ Equipa que coordena este instrumento (Helena Hamilton da Youthinmind Ltd) (<http://www.youthinmind.com/>)

participação no estudo de investigação, reforçando a salvaguarda dos direitos de confidencialidade e privacidade, bem como o direito, a qualquer momento da investigação, se poderem retirar, sem necessitar dar qualquer justificação para essa decisão ou sofrer qualquer penalização. Após a leitura e esclarecimento das questões colocadas, foram assinados os consentimentos de quem optou por participar, encontrando-se em nossa posse no arquivo da direção de área.

Foi cumprido o Procedimento Multisectorial - Consentimento Informado e Esclarecido para Investigação do CHLC (Anexo 1). Após pais ou representantes legais das crianças manifestarem o interesse em participar, foi pedido que preenchessem o SDQ - versão de pais com suplemento de impacto. Os questionários incluem as instruções do instrumento e sempre que solicitado foi fornecida explicação complementar. Os pais cuja disponibilidade não permitiu estarem presentes nos dias agendados, foram informados sobre os objetivos e metodologia do estudo pela diretora da escola. Esses pais e os pais que desejaram partilhar em casal ou família a tomada de decisão para participar, preencheram posteriormente o instrumento em casa ou na escola, depois de terem consentido participar no estudo e assinado o formulário de consentimento esclarecido. Foram disponibilizados outros momentos de atendimento a estes pais, para esclarecimento de dúvidas.

O SDQ – versão professores com suplemento de impacto foi preenchido pelas professoras e educadoras de infância após os pais consentirem a participação das crianças no estudo. Tal como no SDQ-versão pais com suplemento de impacto, as instruções do questionário estão descritas no início da folha de registo do instrumento. Quando solicitado pelos professores foi fornecido esclarecimento complementar.

Para desenvolver a interação com as crianças, dos 4 aos 10 anos de idade, aceder ao seu mundo e conhecer a sua realidade sobre o experienciado, o desenho apresentou-se como o mediador de melhor qualidade na infância. A narrativa verbal apenas foi mobilizada, nesta etapa inicial, para solicitar o desenho às crianças, não se realizando questionamento diretivo sobre o desastre, sendo a

interação desenvolvida com as crianças centrada no desenho, na sua reprodução, na narrativa livre que desenvolveram sobre o desenho.

Conhecer a percepção das crianças sobre o desastre é reconhecê-las como atores sociais, é escutando a criança que podemos perceber a verdadeira dimensão atribuída a esta experiência (Sarmiento, 2000), necessitando recorrer e mobilizar o mundo da infância e não o mundo dos adultos. É na segunda infância que a criança é capaz de delimitar e definir figuras compreensíveis para outros, passando o desenho e a pintura a poder integrar emoções mais complexas, sentimentos e interpretações racionalizantes, a criança representa cenas de luta, bons e maus, percebendo-se que tal como o comportamento humano, o desenho e a pintura infantil têm na sua base uma motivação emocional (Santos, 2009).

Foram solicitados vários desenhos às crianças e em seguida a criança falou sobre eles; a narrativa oral da criança foi livre e realizado registo escrito pelos investigadores. Na totalidade, foram sugeridos a cada criança quatro desenhos, durante Novembro e Dezembro de 2012, três desenhos livres e um temático, sobre a escola. Pretendeu-se a interação com a criança e a identificação da forma e frequência com que o desastre era representado nos desenhos, assim como a sua presença na narrativa oral, não sendo objetivo deste estudo realizar qualquer análise aos desenhos, porém estes foram a ferramenta preferida nesta fase para mediar a interação com as crianças.

Foram planeados com os pais e tutores legais novas entrevista de grupo, após terem sido avaliados os resultados do SDQ, com a finalidade de apresentar o resultado da triagem e validar a vontade de se manterem na segunda etapa do projeto. Foi igualmente realizada uma entrevista de grupo com as educadoras e professoras após a avaliação do SDQ, com a finalidade de apresentar os resultados, previamente autorizado pelos pais. Foi também planeada uma entrevista de grupo com pais e tutores legais a meio da intervenção, assim como com as educadoras e professoras, para conhecermos a sua percepção sobre a intervenção e clarificar questões que pudessem emergir.

3.2.2. 2ª Etapa: Intervenção terapêutica de prevenção

Após os resultados serem apresentados e validados com os pais, foram identificadas as crianças em risco, constituindo-se os grupos. Foram realizadas quatro sessões de grupo até à entrevista de grupo realizada com os pais, tutores legais, educadoras de infância e professoras, para conhecer a perceção sobre a intervenção e clarificar questões que tenham emergido. Desenvolveram-se em seguida mais cinco sessões de grupo, totalizando nove sessões. Integrando a festa final de ano na escola, a décima sessão constituiu uma apresentação à comunidade escolar e o encerramento desta etapa.

A festa integra a cultura da área de Pedopsiquiatria do HDE desde o seu fundador, João dos Santos (2009), significando um tempo e um espaço de vivência emocional positiva. Desde o início da intervenção que perspectivámos a nossa presença na festa de final de ano, vivendo-a no tempo presente, em todas as sessões de grupo, até à sua concretização. Construir em grupo, uma representação, com recurso à espontaneidade das crianças e à sua excelência dramática, partilhando com a comunidade escolar a última sessão, foi a estratégia encontrada para desocultar a associação que poderia estar latente, de estigma em saúde mental.

3.2.3. 3ª Etapa: *Follow – Up*

Para avaliar a intervenção terapêutica de prevenção e o impacto no risco que as crianças apresentavam, foi mobilizada a versão *Follow-up* do SDQ, aplicada a pais, professores e crianças, que acresce aos 25 itens e suplemento de impacto, duas questões³² que permitem avaliar a intervenção terapêutica de prevenção. As

³² A primeira questão é similar para a pais, professores e crianças ou adolescentes, variando o grau da pessoa a que se dirige:

Versão Follow-up do SDQ aplicada a pais – “Since coming to the clinic, are your child's problems:”

Versão Follow-up do SDQ aplicada a professores – “Since coming to the clinic, are the child's problems:”

Versão Follow-up do SDQ aplicada a crianças ou adolescentes – “Since coming to the clinic, are your problems:”

As opções de resposta para esta questão são: “much worse; a bit worse; about the same; a bit better; much better”.

versões *Follow-up* do SDQ não se encontravam traduzidas e validadas para a população portuguesa, passando a ser nosso objetivo realizar a adaptação cultural para Portugal do questionário de seguimento SDQ (versão *Follow-up* do SDQ), para a aplicar posteriormente.

Planeámos com a equipa do Centro de investigação do CHLC e equipa que coordena o instrumento³³ a metodologia a realizar na adaptação das versões *Follow-up* do SDQ para a língua e cultura Portuguesa.

Seis meses depois da intervenção, pais ou tutores legais, educadoras de infância e professoras preencheram o SDQ *Follow-Up*. Após reavaliação, as crianças que se encontravam em risco foram encaminhadas para consulta de especialidade, por solicitação da equipa e aceitação dos pais.

A segunda questão é igual nas versões *Follow-up* do SDQ aplicado a pais, professores e crianças ou adolescentes: “Has coming to the clinic been helpful in other ways, e.g. providing information or making the problems more bearable?”

As opções de resposta para esta questão são: “not at all; only a little; quite a lot; a great deal”.

³³ (Helena Hamilton da Youthinmind Ltd (<http://www.youthinmind.com/>))

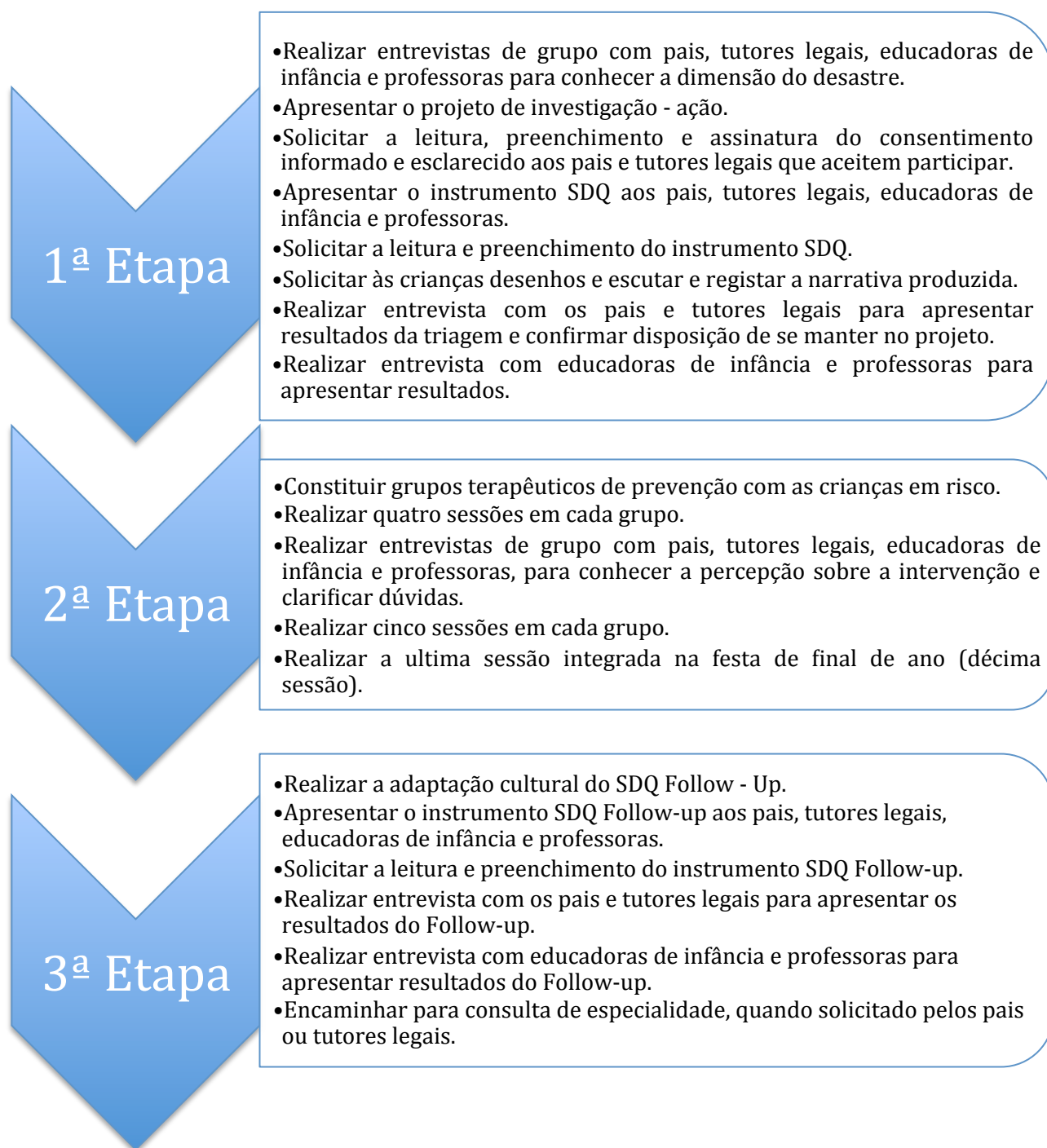


Figura 1: Projeto de investigação – ação

3.3. Definição de situação

A situação em que nós encontramos é de um grupo de crianças, de uma escola em Tomar, saudáveis, sem patologia mental diagnosticada e sem qualquer referência em saúde mental, prévia à experiência do desastre natural (tornado), apresentando comportamentos em casa e na escola, após a experiência do desastre, que pais, educadoras e professoras, têm dificuldade em interpretar e compreender, levantando como hipótese, o risco acrescido das crianças terem um problema em saúde mental, por terem experienciado o desastre natural.

3.3.1. A Infância e as crianças como população alvo

Estamos perante crianças que se encontram vulneráveis³⁴, pelo fato de terem vivido um desastre, crianças que até esse momento não tinham sido referenciadas a qualquer consulta de saúde mental, quer a pedopsiquiatria, psicologia, enfermagem ou outro profissional de saúde mental. Não possuindo nenhuma destas crianças qualquer diagnóstico de doença mental, nem acompanhamento prévio em saúde mental, estamos perante uma população não clínica.

Goffman deixa claro os riscos presentes numa interação cuja definição de situação fora erradamente definida, as suposições na base das quais eram previstas respostas dos participantes tornam-se insustentáveis, e os participantes descobrem-se implicados numa interação desacreditada, podendo sentir-se envergonhados, com sentimentos de hostilidade e todos passarão a ficar pouco à vontade, perdendo o autodomínio, confusos, embaraçados, confrontados com uma experiência do tipo anomia que emerge num pequeno sistema social da interação cara a cara. (Goffman, 1993, 23)

³⁴ "Vulnerability may be conceptualized as a quality of daily lives uncovered through an understanding of clients' experiences and responses during times of transition. In this sense, vulnerability is related to transition experiences, interactions, and environmental conditions that expose individuals to potential damage, problematic or extended recovery, or delayed or unhealthy coping. Clients' daily lives, environments, and interactions are shaped by the nature, conditions, meanings, and processes of transition experiences. Transitions are both a result of, and result in, change in lives, health, relationships, and environments. "(Meleis, 2010, 75)

A definição de situação neste estudo necessita estar estabelecida, pois é distinta entre os pais, educadoras e professoras, e crianças. A distinção está associada ao adulto e à criança, o mundo do adulto é distinto do mundo da infância, os diferentes contextos de vida requerem uma atenção singular na interação, mas é particular igualmente por as crianças integrarem uma intervenção terapêutica de prevenção, situação distinta dos adultos.

Com os pais, educadoras e professoras as interações não estão sujeitos a uma intervenção terapêutica de prevenção, e as crianças não estão presentes no momento da interação com os adultos, assim a situação pode ser definida neste contexto pela suspensão da ação, na medida em que os pais, educadoras e professores quando são convocados para falar das crianças, aquando das entrevistas, não estão em contexto de intervenção terapêutica de grupo nem face às crianças. O mesmo não acontece em relação às crianças, a definição de situação quando a criança acede à presença dos profissionais de saúde, a criança está em interação com os enfermeiros em contexto clínico, é necessário ser projetado com as crianças, na fase inicial da interação, e de forma clara na infância, como vão decorrer as interações entre enfermeiros e criança em contexto de grupo, diferenciando das interações desenvolvidas nos grupos que emergem em contexto escolar. A diferenciação das interações que decorrem nos diferentes grupos em que a criança se insere, evita contradições, constrangimentos e desmentidos, associados à projeção inicial, garante a qualidade da interação, prevenindo que esta se torne confusa, imposta ou hostil.

Nesta situação, na interação enfermeiro-criança, permitem-se atribuir diferentes significados aos comportamentos e narrativas presentes. Em situação de sessão de grupo, são convocados o mundo da infância, por se realizar com crianças, o modelo de transições de Afaf Meleis e o Modelo de Sociodrama e Psicodrama de J.L. Moreno. Ao atribuírmos significados distintos aos comportamentos e narrativas das crianças, convocamos o foco que Meleis confere aos problemas de enfermagem e as ferramentas que Moreno desenvolveu para atribuir uma intencionalidade a essas interações.

A regra presente na interação em grupo apenas impede que qualquer comportamento ou narrativa seja exercido de forma violenta, com a intencionalidade de controlar ou dominar o outro, subjugando-o ou causando-lhe sofrimento. A presença de comportamentos que podem ser interpretados de forma inapropriada em situação social, como agressividade expressa de forma física ou verbal, é atribuída a uma compreensão dos diferentes papéis vividos em interação que não impede a sua presença nesta situação. É indispensável nesta fase inicial definir esta situação com as crianças, entender esta diferença de todas as situações vividas até aqui nas suas vidas, pois estamos perante uma população não clínica, que nunca viveu uma intervenção terapêutica de prevenção, ou outra.

Distinguir esta situação de grupo da situação escolar, quer em sala de aula quer no recreio, da situação familiar, quer com pais quer com outros familiares, da situação de amizade e companheirismo com outras crianças, é essencial para que a interação não se torne confusa. Podendo os papéis vividos nesta situação clínica serem sujeitos a crítica em outras situações que não clínicas, a criança desenvolve a capacidade de clarificar os papéis, assumir os papéis em situações distintas, criando e dominando os múltiplos papéis em função da situação.

Atribuir esta capacidade reflexiva à criança é reconhecê-la como ator social capaz de agir reflexivamente na interação com os adultos (Sarmiento, 2000, 33-47), é atribuir-lhe uma identidade própria, que se constrói desde a infância (Lapassade, G.; Schérer, R., 1982). É retirá-la do papel passivo que na modernidade múltiplas disciplinas lhe atribuíram, por exemplos pela imposição de regras socializadoras³⁵, e que na atualidade ainda observamos em algumas escolas.

A escola, enquanto conquista das sociedades modernas como o espaço privilegiado da infância, fundada num conjunto de teorias pedagógicas construídas por adultos, coloca a criança como principal ator desse mundo, uma vez que é para ela que a escola se destina, mas por vezes não a compreende como ator social

³⁵ Para Durkheim é através dos códigos jurídicos e dos laços de solidariedade orgânica que se encontra a objectivação destes ideais de moral laica, competindo primeiro à escola e depois ao mercado de trabalho estabelecer regras socializadoras (Durkheim, 2001)

pleno, ao se inibir de escutar a sua “voz” na organização da escola³⁶. A situação de intervenção terapêutica de prevenção em grupo, não se inscreve na incorporação de regras, normas e valores, sociais e morais, ou na explicação de sinais e sintomas que se relacionam com a experiência do tornado. A crítica sobre a experiência de um desastre não se desenvolve de forma direta, no sentido de questionar as crianças sobre os seus pensamentos, comportamentos ou emoções e sentimentos, mas de acordo com a infância, com o desenho, o jogo e a dramatização como formas naturais e espontâneas de interação. O desenho reflete o auto-conceito, atitudes e conflitos de uma criança, e representa emoções ou pensamentos que as crianças são incapazes ou não de verbalizar (Ryan-Wenger, 1998, 109).

No desenho surgem acontecimentos importantes que podem ser momentos de alegria e felicidade, mas em seguida momentos desagradáveis podem surgir repetidamente, sendo importante não realizar apenas um mas vários desenhos, para facilitar a expressão do experienciado (Bédard, 2005).

O desenho não é sujeito a uma análise interpretativa mas a uma representação que possibilita à criança comunicar, falar livremente, sem reparos sobre o tema, traços ou cores, o discurso deve ser espontâneo sem ser associado às experiências (Santos, 2009, 151).

O jogo e a dramatização são igualmente formas naturais e espontâneas na infância, onde a narrativa não surge de forma isolada ou pensada, com possível probabilidade de manipulação, mas através de comportamentos não verbais, considerados os aspetos não controláveis do comportamento (Goffman, 1993).

A definição da situação é sempre relacional e tudo o que caracteriza a interação face a face encontra-se presente no espaço e no tempo. Na presença um do outro, os atores partilham um centro de atenção comum que lhes permite uma coordenação estreita e continuada da ação (Goffman, 1993, 1999). Como nos diz Goffman, na génese do interacionismo simbólico que construiu, a vida quotidiana

³⁶ As crianças falam sempre através dos adultos, têm palavra mas não têm voz. A criança é um elemento de representação, não é ele mesmo representável no sistema que contribuiu para determinar. (Garnier, P., 1995)

implica a presença de outros, logo a situação existe independentemente da nossa ação. Com crianças, estarem ao mesmo tempo no mesmo espaço emerge ação, o jogo e a dramatização são a forma natural e espontânea da ação na infância. Jogo e dramatização na infância são meios naturais de viver a imaginação³⁷.

3.3.2. O Modelo de transições de Afaf Meleis na construção do objeto

As crianças até ao momento em que viveram o Tornado nunca tinham sido clientes de cuidados em saúde mental, nem em enfermagem de saúde mental. Afaf Meleis identifica os desastres naturais e os desastres provocados pelo homem como uma **transição**³⁸ que exige o envolvimento imediato dos enfermeiros, quer na ajuda imediata quer nas consequências que essas situações requerem em cuidados nos processos de recuperação (Meleis, 2010,1).

Os desastres podem deixar danos ocultos nas pessoas que sobrevivem, a ansiedade e medo podem durar muito tempo após a experiência do desastre, contagiando amigos e familiares. Sendo um evento de vida anormal, por ser muito ameaçador ou pôr em risco a vida, surge após um período normal, e requer cuidados diferenciados para ultrapassar o evento traumático (Meleis, 2010, 613).

No nosso estudo estamos perante uma transição situacional, uma população não clínica, constituída por crianças que viveu um evento anormal. Para Meleis, as transições quando ineficazes levam à insuficiência do papel. Define insuficiência do papel como qualquer dificuldade no conhecimento e/ou no desempenho do papel, ou quando estamos perante sentimentos e objetivos associados ao comportamento do papel, que é percebido pelo próprio ou por pessoas significativas como insuficiente. Caracteriza-se por comportamentos e sentimentos associados a uma

³⁷ A imaginação vista, não como ignorância ou um imprevisto mas uma *racionalidade livre* que constrói para si própria uma lógica, uma metodologia (Tavares, 2013, 33)

³⁸ Transição é um conceito familiar nas teorias de desenvolvimento e nas teorias de stress e adaptação. Ela acomoda as continuidades e descontinuidades nos processos de vida dos seres humanos. As transições são invariavelmente relacionado à mudança e desenvolvimento, sendo que ambos são temas altamente relevantes para a enfermagem. Às transições de desenvolvimento associam-se outras transições, as que estão ligados mais diretamente aos eventos situacionais e outras a processos de saúde-doença (Meleis, 2010, 25).

percepção de desarmonia em função ao desempenho esperado (Meleis de 1975, 2010,2, 16).

Os pais e professores sentiram essa desarmonia no comportamento das crianças, associando os comportamentos e sintomas à experiência do Tornado.

A Enfermagem deve identificar as transições como o seu foco central, e realizar estudos que permitam conhecer como as pessoas vivem essas transições, assim como as terapias de enfermagem que aumentam a capacidade das pessoas suportarem de forma saudável ou a resolver os problemas de saúde que advêm (Meleis, 2010,7).

Transição é a passagem de um estado relativamente estável para um outro estado relativamente estável, e é um processo desencadeado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes fases, etapas e pontos de viragem dinâmicos, podem ainda ser definidos por meio de processos e/ou resultados finais (Meleis, 2010,11).

A finalidade no nosso estudo, é realizar uma triagem às crianças que experienciaram um Tornado, identificando as que não se encontram num estado estável, por risco de uma possível ou provável perturbação mental (caso), desencadeando uma mudança por intervenção terapêutica de prevenção em grupo com as crianças, reavaliando e identificando as crianças que apresentam um estado estável, e as crianças que não apresentam um estado estável.

Pretendemos ainda conhecer como as pessoas significativas, pais e professores, perceberam o processo de mudança nas crianças, por intervenção terapêutica de prevenção em grupo.

O papel em Meleis reporta-se ao uso interacionista simbólica do conceito, como uma maneira de lidar com um outro papel imputada, decorrente da interação com os atores em um sistema social, numa reciprocidade em que uma interação ou

uma troca social ocorre e é visto em termos de outros papéis relevantes. O papel assumido por um ator em interação numa dada situação é validado, quando os outros o aceitam e o reconhecem. Por exemplo, os papéis escolhidos pelo paciente são validados pela aceitação de seus outros significativos, como a enfermeira ou os membros da família (Meleis, 2010,14).

A insuficiência de papel pode apresentar-se por manifestações de forma involuntária, como ansiedade, depressão, apatia, frustrações, tristeza, impotência, infelicidade, agressividade e hostilidade. Estas manifestações necessitam ser sujeitas a estudos empíricos sobre a transição de papel e transição para a saúde (Meleis, 2010,16).

Suplementação de papel é definido como qualquer processo deliberativo em que a insuficiência de papel ou potencial insuficiência é identificado pelo titular do papel ou pessoas significativas, e as condições e estratégias para clarificar o papel e assumir o papel, são usados para desenvolver uma intervenção preventiva ou terapêutica para diminuir, melhorar, ou prevenir a insuficiência de papel. Suplementação de papel está ainda definido como a transmissão de informações ou conhecimentos necessários para trazer o titular do papel e outras pessoas significativas para a plena consciência dos padrões de comportamento esperados, unidades, sentimentos, sensações e objetivos envolvidos em cada função e seu complemento (Meleis, 2010,17).

A suplementação de papel pode ser tanto preventiva como terapêutica. Quando a suplementação de papel é usada como uma forma de esclarecimento dos papéis para pessoas, antecipando a transição, ele age como preventiva. A suplementação do papel como terapêutica, por outro lado, é utilizada quando a insuficiência do papel se apresenta (Meleis, 2010,17).

A concepção da suplementação de papel necessita ser mobilizada e estudadas as componentes, estratégias e processos no uso clínico. Mobilizar ferramentas adequadas de investigação como na área do psicodrama, que contém

ferramentas para a prática e investigação relacionado com a comunicação e assumir o papel (Meleis, 2010,18).

3.3.3. O Modelo de psicodrama e sociodrama de J. L. Moreno na construção da intervenção em grupo

No nosso estudo a definição da situação é sempre relacional e tudo o que caracteriza a interação face a face encontra-se presente no espaço e tempo, vivido em grupo, numa intervenção terapêutica de prevenção. Terapia em J L Moreno é um espaço e tempo em construção, construção de um homem que tem a capacidade de criar, possuidor de capacidades criadoras que se desenvolvem num esforço contínuo, com a ajuda de técnicas de improvisação (Moreno, 2013, 80). Não é mais emocional do que intelectual, nem mais natural que espiritual, pois as qualidades criadoras que o homem tem para se construir, estão à sua disposição e convertem-se através da espontânea confluência de elementos inconsciente, conscientes, emocionais, intelectuais e espirituais (Moreno, 2013, 80).

Em Moreno (2013) a terapia não está dependente de competências intelectuais, as crianças criam-se em contexto de ação, com os elementos presentes do SI³⁹, no espaço e tempo do aqui-e-agora, no momento. A terapia não se desenvolve depois do homem estar construído, finalizado num tempo distante, na idade adulta, através de processos conscientes e corretivos.

Para Moreno, a ciência e a nova psicologia, precedidas pelas grandes religiões, estabeleceram em nossas civilizações o ideal do sábio como sendo aquele homem que atingiu um equilíbrio de perfeição através da supremacia intelectual. O seu aspeto visível é o rosto de um velho, do produto acabado, a representação humana da imagem de Deus depois de ter finalizado o Universo (Moreno, 2013, 81).

³⁹ Neste contexto SI é mobilizado pela compreensão que António Damásio desenvolve, a que chama EU como testemunho, enquanto elemento adicional que revela a presença, em cada um de nós dos acontecimentos a que chamamos mentais. O EU na mente assume uma vasta gama de papéis, e sendo o EU a única forma natural de apreender a mente, estamos inteiramente dependentes da presença, capacidade e limites do EU. Embora saibamos que os processos mentais simples antecedem os processos do EU, torna-se extremamente difícil imaginar de forma independente a natureza do processo mental (Damásio, 2010, 30).

Em Moreno, Deus está mais próximo da humanidade antes do *Sabbath*, a partir do momento da concepção, durante o processo de criação e desenvolvimento dos mundos e de “Ele Mesmo”, antes da obra concluída, porque não é a existência perfeita e inatingível que é pintada ante nossos olhos mas um ser em crescimento, em fermentação, em ativa formação, imperfeito, que se esforça por chegar à perfeição e à completação (Moreno, 2013, 81).

Moreno nesta analogia bíblica, entre o Deus idolatrado, que criou o Universo e o Deus que simbolicamente é negligenciado durante o momento da criação, associa a atitude do homem para consigo mesmo, suas artes, sua moral, suas formas de cultura, sociedade e governo. O homem, uma vez terminado o seu processo de criação, tinha estabelecido não só a obra mas ele próprio, tinha-se estabelecido na sua personalidade, nome, crédito, poder e retidão, e em virtude desse próspero estado: o pintor, o escultor, o legislador de culturas e civilizações, esqueceram, uma vez terminados os dias de criação, que tinham sido escravos no Egito, esqueceram os dias magros de contínuos esforços de produção, esqueceram os silêncios, desertos, imperfeições, desesperos e inferioridades dos dias da criação (Moreno, 2013, 82).

Moreno desenvolve, nesta compreensão de em cada momento o homem ter a capacidade de se criar, um modelo, a que denomina de “arte do momento”, onde mobiliza um conjunto de técnicas da improvisação e do teatro, para o ato criador.

O ato criador tem características que Moreno associa com o processo de terapia. O homem cria-se a ele próprio, e a espontaneidade; a sensação de surpresa e inesperado; a irrealidade, no sentido em que transforma a realidade, como se o nexo causal tivesse sido alterado ou eliminado; significa um atuar *sui generis*, pois durante o processo de viver, atua-se mais sobre nós do que atuamos, dramatizar é atuar, é criar; a dramatização tem um efeito mimético, a representação criadora espontânea de pensamentos, emoções, frases, processos leva à consubstanciação mimética (Moreno, 2013, 82).

Damásio refere a capacidade de reconstrução e reapresentação das experiências vividas, não só por processos reflexivos conscientes, mas por processos não-conscientes, a essência do que vivemos é reavaliado e inevitavelmente reagrupado, memorizado com outras representações, modificado ao de leve ou em profundidade, no que respeita à sua composição factual e ao acompanhamento emocional presente. A nossa história pessoal vai sendo reescrita durante todos os anos da nossa vida, podendo os factos adquirir novos significados, sendo esta tarefa em grande medida um processo não-consciente (Damásio, 2010, 264).

Viver múltiplos papéis e contra papéis com quem nos encontramos em interação, numa realidade suplementar, onde podemos trocar de papel, inverter os papéis, não retira o valor vivencial e o potencial na construção do EU. Viver muitos papéis aumenta a vasta gama de papéis que o EU assume na mente, e o potencial de comportamentos e emoções que mobilizamos para a interação, promovendo novas respostas e novas leituras ao que compreendemos como problema.

Conceitos como protagonista, diretor, egos auxiliares, auditório e cenário, fazem parte de um léxico que permite demarcar a interação terapêutica da interação social, sendo estes considerados, os “cinco instrumentos” do psicodrama e sociodrama.

Importa clarificar a diferença entre psicodrama e sociodrama. Os instrumentos a mobilizar em ambos são os mesmos, diferindo o protagonista, uma vez que o psicodrama é uma terapia individual em grupo, logo cada dramatização tem um protagonista e todo o auditório dramatiza a cena do protagonista. Sendo o sociodrama uma terapia de grupo, o protagonista é o grupo, o auditório dramatiza a mesma cena, pois é comum a todos. Um exemplo perceptível desta distinção são grupos homogêneos em relação à problemática, comportamentos aditivos por exemplo, todos estão a viver a mesma situação. Outra clarificação prende-se com o psicodrama de casal, que embora seja frequentemente denominado desta forma, na realidade é sociodrama de casal, pois o foco é a família, não a terapia de um elemento da família.

A **sala de psicodrama** é constituída por um cenário, onde existe um espaço que demarca o contexto na sala onde decorre a dramatização, habitualmente um estrado baixo no centro da sala. Simbolicamente no Psicodrama sobre o estrado estão colocadas duas cadeiras vazias encostadas pelas pernas da frente, significa esta posição o encontro que se vai processar. Quando as cadeiras são retiradas inicia-se a dramatização, estamos em contexto dramático, onde o tempo e espaço são suspensos, tudo pode ser vivido “aqui e agora”, numa realidade suplementar.

O diretor e ego auxiliar (equivalente ao terapeuta e coterapeuta) colocam-se por detrás das cadeiras. A restante periferia da sala é ocupada pelos restantes elementos do grupo, sentados, constituindo o auditório. O protagonista é o elemento que vai estar em foco, trazendo as questões que são dramatizadas (Abreu, 1992, 13-14). Em sociodrama o protagonista é o grupo.

O **cenário** é equivalente ao palco teatral, é nesse espaço que se vai processar a ação, a dramatização terapêutica, dinamizada pelo diretor e protagonista, que convoca para a cena o que considerar necessário. O protagonista solicita a outros elementos do grupo que participem representando as pessoas presentes na sua situação a dramatizar. O diretor colabora na forma como a cena decorre, dirige a cena, mobilizando as técnicas do psicodrama e recorre à dimensão simbólica sempre que necessário, com objetos presentes na sala (Abreu, 1992, 14-15).

Desde experiências aparentemente banais, às fantasias mais escondidas tudo se pode representar, e em contexto dramático tudo é reversível. São convocados os papéis sociais, papéis psicossomáticos e papéis psicodramáticos. O cenário, enquanto contexto dramático é um espaço de liberdade. Uma ação pode ser repetida e modificada conforme as suas consequências, sendo que o diretor pode sempre alterar a cena, cortar ou intervir de uma outra forma.

O **protagonista** no psicodrama é o elemento que se destaca do grupo pela importância ou oportunidade das experiências que trás à discussão, sendo

convidado a representá-las no espaço do cenário, contando com a dinamização do diretor (Abreu, 1992, 15-16).

Ao longo da dramatização, o protagonista e os elementos do grupo que fazem de **egos auxiliares**, escolhidos por si, estabelecem interações, numa realidade suplementar, alicerçada em fatos da vida real ou da sua fantasia. Qualquer elemento do grupo pode ser ego auxiliar, mas depois de iniciada a dramatização o diretor pode sempre substituir ou pedir para entrarem outros, os quais passam a atuar segundo as suas diretivas, para porem em ação as técnicas que o diretor mobilizar.

É indispensável que a equipa terapêutica inclua, para além do diretor, um ou mais egos auxiliares com treino em psicodrama a fim de colaborar com o diretor ao longo de toda a sessão. O conceito de ego auxiliar em psicodrama reveste-se de uma grande importância. Uma personalidade em ação interage com outras pessoas cuja imagem acaba por se incorporar nessa personalidade. O recurso ao ego auxiliar repõe a ocorrência na verdadeira dimensão, com a sua complexidade e espaço próprio, liberta o protagonista do sucessivo desdobramento nos outros (Abreu, 1992, 16).

A memória não precisa de recorrer apenas à situação original, mas a uma duplicação não tensa e mais claramente reapreciada dessa situação. Ser ego auxiliar também é terapêutico, apesar de representar indicações do protagonista, compara frequentemente a sua representação a papéis idênticos desempenhados na sua vida, tirando proveito de viver múltiplos papéis, aumentando o autoconhecimento (Abreu, 1992, 17).

Assim como o teatro não existe sem o público, a dramatização não tinha sentido sem o seu próprio público, o **auditório**. Em psicodrama os elementos do grupo que permanecem sentados durante a dramatização constituem o auditório. Em sociodrama todo o auditório entra sempre na dramatização, todos são protagonistas, embora durante a sessão possam não estar todos em cena.

O **diretor** corresponde ao terapeuta e é responsável por todo o processo do psicodrama ou sociodrama. Em psicodrama durante a dramatização, o diretor não entra em cena, colocar-se na periferia da sala, de forma a não perder o contacto visual com o ego auxiliar, a quem dará instruções, e através do qual vai lidar com o protagonista. Todas as decisões importantes são da competência do diretor, apesar de contar com a colaboração do ego auxiliar, coterapeuta. Em sociodrama o diretor entra em cena e dramatiza sempre que considere pertinente.

É o diretor que inicia e finda as sessões e dramatizações, analisa o material importante e elabora estratégias terapêuticas, controla o aquecimento, escolhe o protagonista e finaliza os comentários. O êxito do tratamento, como em qualquer psicoterapia, depende muito da arte e competência do diretor (Abreu, 1992, 18).

Normalmente, as sessões de psicodrama são semanais, com a duração de uma a duas horas. O tratamento pode requerer de um a dois anos, embora em determinadas situações específicas, pode demorar muito menos tempo. O início de cada sessão começa logo que se encontre presente a maioria do grupo, e processa-se em três fases sequenciais: aquecimento, dramatização e comentários (Abreu, 1992, 21).

O **aquecimento inespecífico** é a primeira fase da sessão, pois é durante a discussão inicial que se criam as tensões que irão dar azo à dramatização. Tem a finalidade do grupo interagir, para um tema que interesse ao auditório. O diretor deve estar atento aos sinais que o auditório fornece, como os silêncios, a atitude expectante e o olhar atento. Também é importante saber se quem relata a experiência está emocionalmente envolvido, o que dá conta da sua autenticidade.

Se isto ocorre, pode então estar encontrado o protagonista, podendo o diretor passar ao **aquecimento específico**, inquirindo pormenores de modo a tornar a questão mais clara, tendo em vista a dramatização (Abreu, 1992, 22).

Após o aquecimento específico inicia-se a **dramatização**. O diretor pode ajudar a seleccionar as cenas e preparar o cenário deixando o protagonista com a

iniciativa. Quando se inicia a dramatização cessa a descrição verbal, os factos são mostrados e não mais descritos. Recria-se o ambiente no espaço do cenário, onde os objetos são denominados pelo protagonista, para os poder mobilizar de forma simbólica, assim como as pessoas do grupo representam pessoas da vida real, como se estivesse a vivenciar a situação recriada (Abreu, 1992, 25).

Os **comentários** que se seguem após a dramatização cumprem uma ordem, em primeiro lugar o protagonista verbaliza o que sentiu, pensou, ou que supõe que os outros pensam acerca do seu desempenho, em seguida é a vez dos elementos do auditório comentarem. Os elementos que desempenharam função de ego auxiliar dizem também o que sentiram e como sentiram a relação com o protagonista ao longo da dramatização. No final de todos os comentários o protagonista poderá verbalizar como encarou o que foi verbalizado. É de maior relevância, salientar a importância de haver comentários centrados no “aqui e agora”, de modo a que não haja interferência de possíveis preconceitos ou discussões inúteis. A sessão encerra com o comentário do ego auxiliar da equipa terapêutica e por último do diretor.

A **inversão de papéis, ou troca de papéis** é a técnica mais frequente e mais importante no psicodrama e sociodrama. Existe uma “troca” ou “inversão” de papéis, entre o protagonista e ego auxiliar. O ego auxiliar repete as últimas palavras do protagonista, e este continua a ação como se fosse o personagem, e posteriormente troca, e assim sucessivamente. Esta técnica tem como função imediata permitir que o ego auxiliar aprenda o papel que lhe foi destinado, obrigando desta forma o protagonista a colocar-se, no lugar da pessoa com quem interagiu (Abreu, 1992, 29).

A mudança repentina e inesperada do comportamento, denomina-se **interpolação de resistências**. Permite que o diretor teste a espontaneidade do protagonista, pois este encontra-se desprevenido, e ao sentir-se desarmado, toma consciência do jogo de ações e reações estereotipadas que muitas vezes é a vida de relação (Abreu, 1992, 31). Solicitar um comportamento inesperado na interação,

aparentemente paradoxal, leva a alterar o comportamento em quem desempenha o papel complementar.

O diretor pode solicitar a um dos egos auxiliares que se coloque diante do protagonista e o imite em espelho. Esta técnica, **espelho**, é um tipo de auto-observação, que pode ser incômoda para o protagonista, por ser uma técnica “provocatória”, pode suscitar reações emocionais, devendo ser realizada por egos auxiliares com experiência clínica e boa relação com o protagonista (Abreu, 1992, 31). Se a expressão dramática em espelho não for concordante com a situação, pode ser interpretada como humilhante pelo protagonista.

O **duplo**, ou **desdobramento do eu**, decorre durante a ação, quando o ego auxiliar se coloca ao lado ou por detrás do protagonista, revelando por seu discurso o significado implícito na ação, que não emerge de forma explícita ou não é consentâneo com a ação.

A **representação simbólica** permite construir um cenário que possibilite representar situações que não possam ser dramatizadas, frequentemente associadas à intimidade dos protagonistas.

No **solilóquio**, o diretor solicita ao protagonista para “pensar em voz alta”. A ação fica suspensa, e o protagonista verbaliza o que estava a pensar aquando a cena, permitindo a adequação do ego auxiliar e orientação do diretor, assim como a expressão de sentimentos e intenções que entram em contradição com a ação, o que pode, se a dramatização terminar, levar ao *insight* do protagonista (Abreu, 1992, 30).

O **objeto intermediário**, utiliza-se quando o diálogo ou interação com o protagonista se torna difícil, pela presença de comportamentos de marcada confrontação, onde a agressividade pode ser uma ameaça real, ou pela presença de alterações da percepção, onde a crítica a conteúdos percebidos como ameaçadores está diminuída.

A **estátua** é um dos recursos frequentemente utilizados na dramatização. O diretor pede ao protagonista, para utilizar os egos auxiliares ou objetos para representar determinada situação, como por exemplo, a família. Posiciona os egos auxiliares ou objetos de forma estática, mantendo as posições. Este é o campo de excelência do psicodrama, alia o arrojo da comunicação franca e criativa, com a liberdade de interpretação (Abreu, 1992, 34).

Em Moreno, os instrumentos, processos e técnicas no psicodrama e sociodrama adquirem relevância pelo conceito de **papel**. Este não é um conceito ligado apenas a um ramo das ciências, nas ciências sociais tem sido amplamente desenvolvido, entre outros por G.H. Mead, T. Parsons, E. Goffman. J. L. Moreno amplia o conceito de papel, não o restringido ao papel social, mas desenvolvendo os conceitos de papel psicossomático e papel psicodramático. Entende o papel, ou “role”, como a unidade cultural de conduta, que engloba os padrões que a sociedade fornece para a vida de relação, com os papéis sociais de pai, estudante, professor, entre outros, os papéis psicossomáticos para a satisfação das funções fisiológicas, e os papéis psicodramáticos do mundo da fantasia, do sonho e da criatividade (Moreno, 2013, 206-10).

Existe um variado leque de **papéis sociais** para que a sociedade possa funcionar, sendo estes preenchidos por vários indivíduos, que podem corresponder tanto a nível familiar ou a nível do trabalho. Estes papéis podem ser treinados direta ou indiretamente, nas brincadeiras infantis, o brincar de pai pode mais tarde criar aptidões para o papel de professor, e mais tarde durante a escolaridade diferenciada, será desenvolvido um treino mais específico (Abreu, 1992, 45).

Os **papéis psicodramáticos** estão presentes nas histórias e brincadeiras infantis, no cinema, na criação artística, estando desta forma inseridos na sociedade, mas com contornos indefinidos, fazem parte da nossa personalidade. Estão presentes no nosso imaginário e nunca deixam de ser treinados, tanto no jogo lúdico, como nas fantasias de um modo mais secreto. Na formação da personalidade o brincar aos polícias e ladrões ou imaginar-se onipotente como

Deus, são treinos que não passam despercebidos na formação da mesma. Estes papéis nem sempre são assumidos, passando muitas vezes ocultos, mas não à observação atenta ao comportamento habitual. Estes papéis vão dar espontaneidade, segundo Moreno à realização das suas atividades, no desempenho de outros papéis. Os papéis psicodramáticos, apesar de escondidos, estão prontos a serem assumidos quando emerge um papel complementar. Alguns vínculos pessoais que se foram formando ao longo da vida têm a ver com a busca de papéis complementares. Quando se assume um destes papéis podem ocorrer decisões e mudanças de rumo na vida do indivíduo, ou então, num período de maior indecisão, inibir esse papel psicodramático mal adaptativo. Os papéis psicodramáticos funcionam no espaço do psicodrama, de forma a assumi-los, inibi-los ou recriá-los (Abreu, 1992, 47-48).

Em Moreno as atividades da criança de satisfazer as suas necessidades fisiológicas correspondem aos **papéis psicossomáticos**, emergem muito antes dos papéis sociais e psicodramáticos. São papéis treinados e assumidos quando a criança os consegue executar corretamente com “aplausos” de toda a família, como o exemplo de urinar sem ser na fralda, sendo considerados marcos importantes na vida da criança. A (re)criação dos papéis psicossomáticos, dá origem a algumas alcunhas como “o chorão” ou “o comilão”. O modo de exercer estas atividades tem algo a ver com a personalidade. Estas atividades, na vida adulta, são secretas, conhecidas pelo indivíduo, mas não pela sociedade, definindo o espaço íntimo, distinguindo-se assim dos papéis psicodramáticos (Abreu, 1992, 50-51).

Soeiro, fundador do psicodrama em Portugal afirma que o **psicodrama infantil** pode incluir crianças desde os cinco anos de idade até à puberdade, e o grupo não deve ser constituído por crianças com diferença de idades superior a dois anos. A atitude do terapeuta pode necessitar em determinados momentos ser mais diretiva no psicodrama infantil, pois as crianças têm uma expressão dramática por excelência, e quando se inicia a sessão, assumem desde logo atitudes dramáticas. Contudo as regras não devem ser muito rígidas, pois as crianças facilmente se dispersam do palco, assim como uma pode sair, outra do auditório pode entrar. Ao contrário dos adultos, onde o verbal rege o início de uma sessão, o

aquecimento com crianças pode ser necessário iniciar-se com uma história, jogos ou situações dramatizadas (Soeiro, 1991, 101).

Como a criança vive no mundo da fantasia e vivencia muito a cena dramática, podem confundir-se os contextos dramáticos com os de grupo. O diretor é frequentemente convidado a participar nas cenas, o que pode fazê-lo, pois o seu papel não deve ser rígido, fazendo o papel complementar a pedido do protagonista. A tendência do psicodrama com crianças, é mais de carácter sociodramático, pois não surge frequentemente o problema de uma criança, mas sim do grupo (Soeiro, 1991, 102).

Durante as cenas podem surgir situações de agressão, ao qual o diretor necessita ser muito ativo e resolver rapidamente a situação com uma cena complementar. Podem ser utilizadas histórias conhecidas universalmente, ou histórias criadas pelo grupo. No decorrer das histórias criadas, deve-se estar atento aos papéis desempenhados e na fase dos comentários, não se deve fazer análise simbólica ou interpretações, mas sim observar como os papéis foram desempenhados (Soeiro, 1991, 103).

As dramatizações podem e devem ser intercaladas com histórias reais, dando a possibilidade da dramatização, caso a criança relate algum problema. É sempre mais difícil de o conseguir, no entanto o diretor deve estar atento para que a história real possa emergir. Ao contrário do que acontece com os adultos, a avaliação dos resultados torna-se mais difícil. Ao passo que o adulto relata como correu a sua semana, a criança pode não falar de forma direta. Em relação às técnicas utilizadas, são frequentemente as mesmas, a Interpolação de Resistências, a Realização Simbólica e a Inversão de Papéis (Soeiro, 1991, 104).

3.4. O encontro de modelos na construção da intervenção terapêutica de prevenção em grupo

A população alvo de cuidados em Saúde Mental na Infância e Adolescência começa antes do nascimento da criança e termina habitualmente aos 18 anos de idade, contudo existem serviços que dão respostas a problemas de saúde mental em adolescentes e jovens adultos, aumentando a idade até aos 25 anos ou enquanto o jovem se mantiver a estudar⁴⁰.

Organizar os cuidados exclusivamente em função da idade nem sempre se apresenta como a forma mais indicada de criar respostas em saúde e especificamente em saúde mental, quer porque os problemas em adolescentes e jovens adultos são idênticos, não se justificando protocolos terapêuticos distintos em situações como primeiros surtos psicóticos, alterações do humor, comportamentos suicidários, perturbação do comportamento alimentar, entre outros, quer para garantir a continuidade de cuidados nos projetos terapêuticos que se iniciaram antes dos 18 anos de idade e o vínculo terapêutico justifica que se prolongue para lá dessa idade.

Assim, os cuidados em saúde mental começam no apoio ao casal desde o momento em que imagina e torna consciente o ideal de criança ou crianças que pretende descender, sendo expectável na atualidade que os adultos se afastem do destino biológico e controlem a fecundidade e natalidade, escolhendo para quando o nascimento ou adoção de um filho ou filhos.

A transição para a parentalidade é então assumida como um evento de vida significativo que planeado, beneficia de uma intervenção de promoção da saúde mental, sendo o objetivo, antecipar o impacto do papel parental no EU de cada elemento do casal e sua dinâmica, e de uma intervenção de prevenção das

⁴⁰ A área de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Central está a implantar um serviço dos 15 aos 25 anos de idade em parceria com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, à semelhança de outros serviços tais como, Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)- Melbourne, Australia; SEPT- Hospital Universitário- Oslo, Noruega; Réseau Epsilon- Unidade La Ramée 2- Bruxelas, Bélgica; Whirinaki Child, Family & Youth Mental Health Services – Auckland, Nova Zelândia

principais alterações em saúde mental durante o puerpério, classificadas como depressão pós parto e psicose puerperal.

A preparação para a parentalidade é o momento indicado para desenvolver de forma planeada abordagens de promoção e prevenção em saúde mental. Outros contextos são igualmente indicados para desenvolver ações de promoção e prevenção, como o aconselhamento genético, a terapia de casal ou intervenção em contexto escolar.

Embora se desenvolvam cada vez mais intervenções de promoção e prevenção, a maioria das famílias atendidas pelas equipas de saúde mental durante a primeira infância surge por iniciativa dos pais ou por encaminhamento do médico ou enfermeiro de família, estando o pedido de ajuda associado à dificuldade dos pais desempenharem o papel parental.

O pedido de ajuda após o nascimento da criança, por dificuldade em assumir o papel parental, ou anterior a esta etapa, durante o processo de aconselhamento que os pais procuram numa parentalidade inaugural, é um momento relevante na promoção da saúde mental e prevenção das perturbações mentais que se iniciam na infância, quer pelas alterações presentes na dinâmica do casal após o nascimento ou adoção de uma criança, quer pelo desempenho do papel parental esperado.

A transição para a parentalidade é facilitada pela capacidade dos pais imaginarem o papel parental, mesmo sem nunca o terem vivido, construindo um bebé imaginário antecipam o papel e contra papel parental, clarificando o domínio desse papel no EU.

Este é o primeiro objetivo da atividade clínica de prevenção em enfermagem de saúde mental na infância e adolescência, clarificar os múltiplos papéis no adulto para assumir o papel parental.

Planejar a intervenção nesta etapa da vida requer cuidados que respeitem a natureza eminentemente privada da família e dos comportamentos familiares, estando a criança nos primeiros anos de vida, para o melhor e para o pior, entregue quase exclusivamente ao cuidado dos pais.

Quando os pais solicitam ajuda é possível intervir na interação e comunicação do casal e destes com o bebê, harmonizando a interação e capacitando os pais a interpretar e significar o comportamento do bebê. Realizar aconselhamento e disponibilizar ajuda na transição para a parentalidade é um cuidado que deve ser disponibilizado de forma célere a todos os pais que solicitem ajuda, pois este período é estruturante na construção da matriz de identidade da criança e desenvolve-se de forma predominante na interação com os pais.

A segurança e o conforto que facilita assumir o papel parental com prazer requer suporte e aconselhamento em múltiplas áreas, tais como nos cuidados a prestar durante o sono, vigília, repouso, amamentação, alimentação, eliminação, cólicas, birras, choro, mimo, transição para quarto, integração em infantário e na escola, brincar, desporto, jogos, televisão, entre muitas outras questões que na atualidade têm múltiplas abordagens por peritos de várias disciplinas.

Gerir esta informação e adequar o melhor cuidado em resposta ao comportamento da criança, permite capacitar os pais na assunção do papel parental e expandir este papel na construção de um vínculo seguro de suporte ao desenvolvimento harmonioso da criança.

O segundo objetivo da atividade clínica de prevenção em enfermagem de saúde mental na infância e adolescência, é proporcionar aos pais suporte para criar o papel parental e expandir este papel em harmonia com os outros papéis.

Os primeiros objetivos da intervenção em enfermagem de saúde mental na infância e adolescência estão focados na família. A família é sempre cliente de cuidados, nunca é entendida apenas como parceiro ou garante da continuidade de

cuidados, enquanto cuidador informal. A assunção e expansão do papel parental coloca cada indivíduo do casal e a família enquanto grupo, como cliente de cuidados, alvo dos cuidados de enfermagem.

O trabalho clínico em equipa multidisciplinar permite mobilizar terapeutas de referência distintos para a criança e família, sempre que exista indicação de que a criança ou os pais beneficiem dessa diferenciação. O acompanhamento à criança nunca pode ser entendido de forma isolada pela sua falta de autonomia e dependência de cuidados desde a vida extrauterina e durante os primeiros anos de vida, cabendo aos pais a responsabilidade em organizar o mundo da criança.

É importante conhecer o conjunto de “à priori” que os pais têm construído sobre o desempenho que esperam que a criança apresente, frequentemente em função da idade, evitando que a criança fique num contexto restritivo, previamente construído e fundamentado, anulando a sua individualidade.

Promover que os pais estabeleçam uma interação espontânea⁴¹ com a criança, estimulando a criatividade, originalidade e adequação das respostas aos contextos, requer o domínio do papel parental. Quando os pais apresentam insuficiência no papel parental tendem a ter um desempenho que diminua a imprevisibilidade do comportamento e das respostas da criança. Para aumentar o sentimento de segurança, os pais recorrem com frequência a classificações médicas e psicológicas que orientam e organizam o desempenho do papel.

Estas classificações previamente construídas devem ser orientadoras e não constrangedoras do papel parental, isto é, os pais devem ter presente que a interação com a criança se constrói com base nunca crítica sobre a situação, não devendo a interação ficar limitada à verificação de uma “*checklist*” que classifique o

⁴¹ A espontaneidade é definida como o grau de adequação da resposta que um indivíduo apresenta a uma nova situação, ou uma nova resposta a uma situação antiga. Corresponde a um tipo de inteligência que atua no “aqui e agora”. Espontaneidade é manifestada em palavra, em ação, interação, bem como em canto, dança ou desenho. No entanto, sabemos que há espontaneidade patológica, distorcendo as percepções ou dissociar a representação de papéis, é sempre importante para avaliar o grau de adequação da resposta à situação (Moreno, 2013, 36).

sucesso ou insucesso da criança ou dos pais em ultrapassar diversas etapas do desenvolvimento.

A crítica que se solicita aos pais adultos no desempenho do papel parental necessita ser igualmente reconhecida à criança, pois é no reconhecimento e valorização da criança enquanto indivíduo a viver a infância ou adolescência que lhe é atribuído o direito à opinião sobre os seus atos ou cuidados de que é alvo, participando de forma ativa, como ator social de pleno direito na construção do seu mundo e reconhecendo que a cidadania das crianças altera profundamente a representação dos adultos sobre o que é desejável para o seu bem-estar.

Após o fim da primeira infância, em contexto da segunda infância (durante o pré-escolar e primeiro ciclo de ensino), a criança habita simultaneamente em “dois mundos”, o mundo da realidade e o mundo da fantasia, assumindo em simultâneo papéis da fantasia expressos no brincar (princesa, super – herói, animal ou outro) e papéis sociais (filho, amigo, aluno, irmão).

Esta condição “normal”, diria, salutogénica da infância, de assumir em simultâneo os papéis da fantasia e os papéis sociais, altera-se na transição para a adolescência, fortalecendo-se a brecha entre fantasia e realidade. Na adolescência emerge com maior predomínio na interação os papéis sociais, expandindo-se os papéis da fantasia para contextos de interação de maior privacidade, intimidade e criativos.

Fortalecer a brecha entre fantasia e realidade, clarificar, assumir e criar os papéis sociais, papéis da fantasia e papéis psicossomáticos é a finalidade da atividade clínica de prevenção em enfermagem de saúde mental na infância e adolescência com a criança e adolescente.

Suplementação do papel através da transição entre os papéis sociais, papéis da fantasia e papéis psicossomáticos, por processos de comunicação e interação desenvolvidos por ferramentas, que permitam clarificar o papel, assumir o papel, criar o papel e apresentar o domínio do papel expandido,

são os componentes da clínica de enfermagem para a insuficiência do papel, quando esta se manifesta por comportamentos e sintomas de uma possível perturbação mental.

Nos múltiplos contextos onde se desenvolve a atividade clínica, o planeamento e prestação de cuidados deve ter presente esta finalidade. Em contexto de risco ou em crise, a criança apresenta maior dificuldade em tornar consciente a presença dos papéis da fantasia, sociais e psicossomáticos, podendo gerar respostas humanas desadaptadas à situação ou contexto, comportamentos e sintomas que podem ser classificados como uma possível perturbação mental. A criança pode apresentar manifestações psicossomáticas como enurese, encoprese, vômitos, anorexia, dor abdominal, insónia ou manifestações de fantasia em discurso incoerente ou em comportamentos de agressividade, apatia ou evitamento.

Se na infância a percepção da criança necessita ser entendida à luz da brecha entre fantasia e realidade, onde a fantasia está presente no discurso e comportamento da criança em simultâneo com os restantes papéis, na adolescência o predomínio dos papéis sociais e o fortalecimento da brecha entre a fantasia e a realidade, poderá atribuir ao discurso e pensamento mágico ou fantasmático do adolescente a possível presença de delírios ou alucinações.

Mesmo não sendo expresso ou claro que o pensamento ou discurso do adolescente evidencie atividade delirante ou alucinatória a presença dos papéis da fantasia em simultâneo com os papéis sociais podem evidenciar os pródromos de um possível quadro classificado como psicótico, sendo importante estimular a crítica e reforçar a brecha entre fantasia e realidade.

A avaliação de uma criança em saúde mental inicia-se com a construção da sua história, pessoal e familiar, e do motivo de encaminhamento para a unidade de saúde. A construção da história assim como a avaliação clínica a realizar, deve ser enquadrada na situação em que pensamentos, discurso ou comportamentos da criança se manifestam, visto a criança ter desempenhos distintos quando assume o

papel de aluno e se encontra na escola, no papel de filho ou irmão em casa ou no papel de colega, amigo ou namorado com os pares. Esta insuficiência dos papéis sociais que apresenta nas diferentes situações tem presente a insuficiência dos papéis de fantasia e psicossomáticos, manifestando-se os papéis da fantasia através das alterações do pensamento, percepção, orientação, memória, humor, emoção, discurso, comportamento e juízo crítico (*Insight*) e os papéis psicossomáticos em alterações da frequência cardíaca, respiração, pressão arterial, dor, alimentação, eliminação, sono.

Tendo clara a situação onde e como se manifesta a insuficiência dos papéis sociais, em casa, na escola ou com os pares, a presença e o significado atribuído à insuficiência dos papéis psicossomáticos e de fantasia é distinto na infância e na adolescência. Na infância as crianças apresentam frequentemente insuficiência dos papéis psicossomáticos através de sintomatologia como enurese, encoprese, perturbações do comportamento alimentar, alterações no padrão de sono e repouso, com insónia, hipersónia, pesadelos ou sonambulismo.

As alterações da percepção como alucinações ou do pensamento como delírio são raras na infância, uma vez que é ténue a brecha entre fantasia e realidade; a insuficiência dos papéis da fantasia manifesta-se predominantemente em alterações do comportamento com perturbações graves do comportamento, onde a agressividade é expressa de forma desadaptada à situação, podendo surgir agitação psicomotora ou inquietação. As alterações do humor podem estar presentes com depressão, euforia ou irritabilidade em associação com perturbação do comportamento agido e agressivo ou lentificado e inibido. As emoções podem ser incongruentes com o humor, apresentar labilidade ou embotamento afetivo. A capacidade de adequação permite identificar a capacidade de *insight* da criança à situação, tendo presente que a interação se estabelece preferencialmente por expressão dramática com histórias e jogos de fantasia, em detrimento da interação verbal similar à do adolescente ou adulto. Na infância não é frequente a criança apresentar alterações do comportamento associado a adição ou de cariz sexual.

Na adolescência com a consolidação da brecha entre fantasia e realidade a insuficiência dos papéis da fantasia manifestam-se frequentemente com comportamentos aditas a tabaco, álcool e drogas e com comportamentos de risco, de cariz sexual ou outro. As alterações do pensamento com delírio, ideação paranoide, desconfiança ou ruminação e alterações da percepção, como alucinações, despersonalização, desrealização ou alteração da imagem corporal podem estar associados a situações transitórias ou persistirem como manifestações presentes de possíveis quadros psicóticos, assim como alterações do humor, euforia e mania.

A insuficiência do papel psicossomático na adolescência manifesta-se predominantemente a nível alimentar, de forma restritiva ou compulsiva e purgativa. Não sendo frequentes alterações na eliminação, como na infância, mantêm-se as alterações no padrão de sono e alterações da frequência cardíaca, respiração, pressão arterial e dor associado a quadros de ansiedade ou outros. A interação e relação terapêutica que se estabelece com os pais e criança ou adolescente, na avaliação inicial e durante o processo terapêutico, é desenvolvida com o casal e criança ou adolescente. Nos momentos de intervenção familiar emergem predominantemente os papéis sociais associados à parentalidade no casal e ao papel de filho, na criança ou adolescente.

É necessário criar em simultâneo com a intervenção familiar uma intervenção individual com a criança ou adolescente e uma intervenção de casal, permitindo que sejam convocados outros papéis para a compreensão e resolução da situação. Em casal, a intervenção centra-se no papel parental e conjugal, não sendo frequente a equipa focar-se em terapia individual a um dos elementos do casal, contudo pode ser necessário desenvolver uma terapia individual se for percebido como benéfico mobilizar papéis do EU, que não emergem no casal nem na família e têm impacto na situação, como vivências de um elemento do casal que percebe ter impacto no seu papel parental e necessita suplementar em contexto individual. Com a criança ou adolescente, a terapia desenvolvida em contexto individual ou de grupo permite mobilizar todos os papéis.

O terapeuta da criança ou adolescente, preferencialmente, não é terapeuta de outro membro da família, diminuindo assim o risco de “contaminar” a relação terapêutica, com questões de confidencialidade e aceitação incondicional. Caso não seja possível a equipa dar esta resposta individualizada o terapeuta pode criar momentos com o casal, previamente planeado e debatido com a criança ou adolescente, facilitando a compreensão da situação e os cuidados a desenvolver em ambulatório, dando suporte à suplementação do papel parental.

Na infância emergem de forma “natural” os papéis sociais, da fantasia e psicossomáticos sendo a atitude dramática na criança a sua principal singularidade. A interação predominantemente verbal pode dificultar a relação e inibir a criança, é essencial nesta etapa o recurso a histórias e jogos de fantasia, quer universalmente conhecidos, como a branca de neve ou o lobo mau e os três porquinhos, quer histórias originais criadas no momento.

A emergência dos múltiplos papéis durante a infância cria uma interação singular, o grande predomínio da fantasia na relação terapêutica, apela frequentemente à dimensão simbólica e ao recurso a metáforas durante a interação.

O local em que decorre a interação com a criança é essencial, pois os papéis da fantasia estão presentes no desempenho dos papéis sociais e papéis psicossomáticos. A interação decorre desde o momento em que a criança entra em interação com o terapeuta até ao momento em que termina a interação, o acolhimento e a despedida são momentos de transição importantes a incorporar na intervenção.

4. PERCURSO METODOLÓGICO E EMPÍRICO

O percurso metodológico iniciou-se na primeira etapa com a realização das entrevistas de grupo, avaliação realizada com SDQ e desenhos das crianças.

4.1. Entrevistas de Grupo

As entrevistas foram realizadas como planeado em Setembro e Outubro de 2011. O início das entrevistas começou em todos os grupos com a apresentação e definição da situação em que nos encontramos na escola. Foi solicitado aos presentes que antes de falar se apresentassem de igual forma. Os relatos foram espontâneos, quer com o pessoal não docente quer com as educadoras de infância e professoras. Começaram no início da entrevista a descrever relatos precisos, classificando frequentemente como “horror” o que aconteceu. Os vidros a partir, as portas a abrir, o ruído do tornado, a força do vento, os móveis a voar dentro da sala, o telhado a voar, todos os relatos eram “devastadores”. As emoções surgem quando se começa a falar das crianças, de “andar a apanhar crianças pela sala” que foram projetadas contra os móveis, parede; “não conseguíamos agarrar todas”; “não tínhamos mãos suficientes para as agarrar a todas”; “uma quando o telhado voou, eu sabia que estava na casa de banho, fui buscar e agarrei-a mesmo a tempo, parecia um filme, segurei-a pelo pé e não foi com o telhado”. Nestes múltiplos relatos dos profissionais a emoção emerge, o choro é frequente, entre todos os profissionais, a memória ainda é muito viva e dizem “ainda não tivemos tempo para falar, é a primeira vez que estamos todas juntas a falar disto”.

Foi um momento importante para conhecer o forte impacto que teve em todos os profissionais, o “medo” e “terror” que viveram, a presença da emoção, o choro fácil e constante, são sinais que igualmente emocionaram os entrevistadores, participaram pouco verbalmente, e não foi necessário muito estímulo para que os profissionais falassem livremente, tendo os entrevistadores um discurso e postura de aceitação, reconhecimento e valorização do desempenho durante o desastre.

Falam da aflição de não conseguirem controlar o que está a suceder, “de repente chegam bombeiros, eles estavam perto e viram a escola sem telhado, pensaram que se tinha abatido e que haveria mortos, chegam muitas ambulâncias, saem com sacos pretos, começam a agarrar as crianças, a apanhar as crianças do meio dos destroços, não conseguíamos controlar nada, prestam os primeiros socorros, levam crianças para o hospital, não conseguia-mos controlar quem ia e quem ficava, não controlávamos nada, e depois, não conseguíamos largar as crianças que tínhamos na mão.”

Outro momento de grande angústia vivido pelos profissionais foi a chegada dos pais, relatam “os pais aparecem e começam a perguntar-nos pelos filhos e nós não sabíamos de nada, senti-me culpada, profundamente incompetente, nunca me senti tão mal”. Este é um relato partilhado de alguns profissionais, a culpa por não conseguirem saber de todas as crianças. Não houve um registo das crianças que foram transportadas para o hospital, os bombeiros faziam a triagem de quem necessitava de cuidados hospitalares, e após os primeiros socorros, transportavam as crianças.

Este foi, para os pais, o momento mais emocionante relatado. Muitos pais se emocionaram e choraram durante as entrevistas ao relatarem ter chegado à escola, verem tudo destruído e não saberem dos seus filhos. Falaram destes momentos com muita emoção, são vários os relatos em que os pais se emocionaram, muitos pais falam das educadoras e professoras como “heroínas”, pelo facto de nenhuma criança ter morrido, associando também a um “milagre”.

Os profissionais falaram igualmente de um “milagre”, e emocionaram-se quando os pais valorizaram o seu desempenho, foi percebido como um momento importante para auxiliar a reparar a “culpa”, que estava tão presente nos professores.

Após cerca de 60 minutos a escutar e elaborar registos dos relatos sobre o experienciado no dia do acidente, emergem os relatos sobre a atualidade. Na escola os profissionais falam “do medo das crianças quando chove ou faz trovoada,

algumas crianças choram, outras gritam, outras levantam-se e vão ter com a professora”. Receiam que tenham ficado “traumatizadas” e não sabem “se isto passa ou se pode dar um problema”, “não sabemos que fazer, parar o que estamos a fazer e acalmar, ou não ligar e continuar”, “isto também vai passar”, dizem alguns professores.

Com os pais em casa, têm manifestações relatadas como, “agora faz xixi na cama”; “não é todos os dias mas faz xixi na cama”; “quer ir dormir para a nossa cama, e se está mau tempo, é logo”; “vê o boletim meteorológico com muita atenção”; “se chove chora”; “quer ter o estore corrido e já fui dar com ele debaixo da cama”; “ele agora está mais irrequieto”; “quando está mau tempo fica irrequieto, nem quer ficar na escola”; “já era uma peste, mas agora está pior”.

As questões que frequentemente emergem são: “o que fazer quando têm estas manifestações?”; “é normal estes comportamentos depois do tornado?”; “estes comportamentos passam?”; “as crianças vão ficar com alguma perturbação mental?”

A intervenção foi de escuta, reconhecimento empático da experiência, breve aconselhamento sobre a proteção que as crianças sentem nos pais e professores, aceitação do medo nas crianças, clarificar a somatização das crianças sem associar a sintomatologia psiquiátrica, associando a transições no desenvolvimento que necessitam ser acompanhadas no tempo e poderão ou não manifestarem-se em associação com a experiência do desastre.

Foi apresentado o projeto e sete dos pais decidiram não integrar o projeto.

Após os resultados do SDQ, realizou-se outra entrevista onde foram apresentados os resultados aos pais. Após apresentados os dados gerais, sem identificar as crianças, foram apresentados os dados individualmente, clarificando as questões colocadas pelos pais, no sentido de associar os resultados ao comportamento da criança. Os resultados foram validados pelos pais assim como a vontade em integrar o projeto na 2ª etapa.

Foi realizada entrevista a meio das sessões, como planeado, tendo as crianças sido previamente informadas e escutada a sua opinião, que foi favorável, ficando explícito que na entrevista com os pais não iríamos falar o que se estava a realizar em grupo, no sentido de não revelar o que iria ser a apresentação final, nem avaliar o desempenho das crianças, pois esse estava a ser “bom” para todas.

Nesta entrevista só estiveram presentes os pais das crianças que integraram os grupos. Colocaram questões sobre o comportamento das crianças, foi reforçado a importância de todas as crianças estarem sempre presentes, valorizado o esforço dos pais neste sentido, assim como o facto das crianças estarem “felizes” em grupo, nenhuma ter solicitado para sair durante a sessão nem recusar entrar na sala no início da sessão. Reforçada a importância do efeito surpresa da última sessão durante a festa fim de ano. Os pais reforçaram a satisfação que as crianças manifestavam em integrar os grupos.

4.2. Triagem – SDQ

O SDQ é um instrumento constituído por 25 itens que se dividem em cinco escalas ⁴², com cinco itens cada. Goodman em 1997, elaborou este breve questionário sobre comportamentos e sintomas das crianças e adolescentes (Goodman, 1999, 791), onde numa escala de *Likert* os pais e professores das crianças respondem em cada item, consoante a sua opinião: “*Não é verdade*”, “*É um pouco verdade*” e “*É muito verdade*”. A pontuação de cada escala varia entre 0 e 10, uma vez que a escala de *Likert* varia de 0 a 2. (Goodman, 1997, 1999, 2001)

As crianças são categorizadas pelas dificuldades identificadas, com pontes de corte ou intervalos em: “Normal”, “Limítrofe” e “Anormal”, distinguindo os casos (“Limítrofe” e “Anormal”) dos não casos (“Normal”) (Goodman, 1999, 792). O SDQ é preenchido de forma rápida por pais e professores das crianças e adolescentes entre os 4 e os 16 anos de idade, sendo a sua aplicação entre 5 e 10 minutos,

⁴² escala de sintomas emocionais, escala de problemas de comportamento, escala de hiperatividade, escala de problemas de relacionamento com os colegas, escala de comportamento pró-social.

reportando-se ao comportamento ou sintomas nos últimos 6 meses (Goodman, 1999).

Utilizamos a versão extensa do SDQ que inclui um suplemento de impacto que permite avaliar a dificuldade da criança ou adolescente em áreas como “emoções, concentração, comportamento e dar-se com outras pessoas”. Avalia ainda a cronicidade, dado importante para o nosso estudo, ao permitir conhecer há quanto tempo a criança apresenta o comportamento, e associar com a experiência do desastre. Dá ainda informações sobre o sofrimento global, aspeto importante mencionado pelos pais e professores, dificuldades sociais e a sobrecarga para os pais, professores e outras crianças (Goodman, 1999, 2001).

Sendo similares, o suplemento de impacto do SDQ – Pais reporta-se às dificuldades sociais da criança no dia-a-dia em casa, com os amigos, na aprendizagem na escola e nas brincadeiras ou tempos livres. O suplemento de impacto do SDQ – Professores reporta-se às dificuldades sociais no dia-a-dia do aluno na relação com os colegas e aprendizagem na escola (Goodman, 1999).

A pontuação do suplemento de impacto é obtida pelo somatório dos itens relativos ao sofrimento global e dificuldades sociais, variando entre 0 e 10 no SDQ – Pais e 0 e 6 no SDQ – Professores. Uma pontuação igual ou superior a 2 é “anormal”, uma pontuação 1 é “limítrofe” e uma pontuação de 0 é “normal” (Goodman, 1999).

Utilizamos na triagem o SDQ – Pais, com suplemento de impacto (Anexo 2) e o SDQ – Professores, com suplemento de impacto (Anexo 3). Apresentamos a cotação do SDQ com suplemento de impacto, versão pais e versão professores (Anexo 4).

As crianças com classificação “limítrofe” ou “anormal” encontram-se em risco, por a possibilidade ou probabilidade de desenvolver uma perturbação mental.

Na triagem tivemos como objetivos:

Objetivo geral:

- 1 – Avaliar o risco em saúde mental na infância, através da possibilidade e probabilidade de crianças do pré-escolar e primeiro ciclo que experienciaram um desastre, poderem vir a ter uma perturbação mental.

Objetivos específicos:

- 1 – Identificar a possibilidade e probabilidade de crianças do pré-escolar e 1º ciclo poderem vir a ter uma perturbação mental.
- 2 – Identificar a relação entre a possibilidade e probabilidade de crianças do pré-escolar e 1º ciclo, poderem vir a ter uma perturbação mental após a experiência de um desastre.

A maior inquietação dos pais, educadoras de infância e professoras era o impacto que esta experiência poderia ter na saúde mental das crianças. Assim, a nossa principal questão na triagem, para dar resposta a esta insegurança, é se a experiência de um desastre (tornado) por crianças do pré-escolar e primeiro ciclo pode estar relacionada com a possibilidade e probabilidade de virem a ter uma perturbação mental.

Pelo risco que crianças que viveram um desastre têm de poderem vir a desenvolver perturbações mentais, e sendo esta a principal preocupação dos pais e professores, levantamos como hipóteses:

- 1 – A prevalência do risco de desenvolver perturbações mentais nas crianças que experienciaram um desastre em Tomar é superior à esperada.
- 2 – A prevalência do risco de perturbações mentais é maior nos rapazes.
- 3 – As prevalências associam-se a “muito” sofrimento nas crianças.
- 4 – As crianças em risco de perturbação sobrecarregam “muito” as famílias e a comunidade escolar.

4.2.1. Estudo transversal com estudo caso - controle aninhado

Os estudos transversais, podem ser igualmente denominados de estudo de prevalência por medirem a presença de uma doença numa população (Bonita, Beaglehole, Kjellstrom, 2010), sendo que no nosso estudo, a etapa de triagem, permitiu identificar as crianças que se encontravam em risco de poderem vir a desenvolver uma perturbação mental.

O estudo de caso-controle aninhado é composta por uma amostra de indivíduos, a partir de um corte epidemiológico⁴³, em que a amostra depende do estado da doença (Langholz, 2005). No nosso estudo, o corte associa-se ao risco de crianças que experienciaram um desastre poderem vir a desenvolver uma perturbação mental. Com a identificação das crianças em risco, implementamos neste grupo uma intervenção terapêutica de prevenção, com o propósito de controlar o risco.

A essência de um estudo de caso-controle aninhado, prende-se com os casos que se encontram em condições de estudo surgirem de uma população, e os controles são uma amostra representativa dessa mesma população de origem (Biesheuvel et al, 2008).

Esta metodologia apresentou-se como a mais indicada para desenvolver o estudo junto das crianças que se encontravam em risco, visto não ter sido exequível desenvolver esta intervenção terapêutica de prevenção com todas as crianças que experienciaram o desastre, pela alocação de um número de recursos que não possuíamos e custos inerentes.

Assim foi opção identificar as crianças que tinham a possibilidade ou probabilidade de vir a desenvolver uma perturbação mental, eliminando da intervenção terapêutica de prevenção as crianças em que era improvável virem a desenvolver uma perturbação mental. Os casos, crianças que integraram a

⁴³ "the study of the occurrence and distribution of health-related states or events in specified populations, and the application of this knowledge to control the health problems." (LAST, 2001, 62).

intervenção terapêutica de prevenção, são constituídos pelas crianças que no corte transversal estão em risco por apresentarem possível ou provável perturbação mental e o controlo são as crianças que não apresentavam possível ou provável perturbação mental, sendo improvável virem a desenvolver. As vantagens de nidificação num estudo de caso–controlo em um corte, incluem a conveniência, o custo–eficiência, a alta validade e a flexibilidade analítica. (Langholz, 2005, 1)

Realizamos cinco estudos de caso – controlo aninhado:

- 1 – Estudo de caso–controlo aninhado em que os casos são as crianças que se encontram em risco de possível ou provável perturbação emocional (diagnóstico previsto pelo SDQ);
- 2 – Estudo de caso–controlo aninhado em que os casos são as crianças que se encontram em risco de possível ou provável perturbação da conduta (diagnóstico previsto pelo SDQ);
- 3 – Estudo de caso–controlo aninhado em que os casos são as crianças que se encontram em risco de possível ou provável perturbação da hiperatividade (diagnóstico previsto pelo SDQ);
- 4 – Estudo de caso–controlo aninhado em que os casos são as crianças que se encontram em risco de possível ou provável perturbação psiquiátrica (diagnóstico previsto pelo SDQ);
- 5 – Estudo de caso–controlo aninhado em que os casos são todas as crianças em risco de perturbação (total de crianças que apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental pelo SDQ);

4.3. População e Amostra

Quando ocorreu o Tornado estavam na escola 136 crianças, educadoras de infância, professoras e assistentes operacionais.

Para o nosso estudo, em resposta ao solicitado e de acordo com as nossas competências para a área da infância e adolescência, a população alvo foram as 136 crianças que se encontravam na escola no momento do desastre.

Sendo a amostra um sub-conjunto da população, isto é, um grupo de sujeitos representativo com as características da população (Fortin, 2000), integram a amostra todas as crianças que os pais aceitaram que participassem e assinaram o consentimento informado.

Existiam no pré-escolar seis crianças com 3 anos de idade, essas crianças foram excluídas do estudo por o questionário SDQ mobilizado se aplicar a crianças dos 4 aos 16 anos de idade. Foi disponibilizado a estes pais a possibilidade das crianças serem avaliadas pela Unidade da Primeira Infância, equipa do HDE que dá resposta a crianças dos 0 aos 3 anos de idade, os pais de uma criança manifestaram interesse na avaliação, tendo sido referenciada. As crianças do quarto ano de escolaridade que transitaram para a escola no segundo ciclo, também foram excluídas do estudo, uma vez que a avaliação se realizou cerca de nove meses após o tornado e já não se encontravam na escola. Os pais destas crianças foram contactados, nenhum dos pais manifestou interesse em que a criança fosse referenciada para avaliação em consulta de especialidade.

Das 136 crianças que vivenciaram o tornado, cumpriam os critérios de inclusão e de exclusão 110 crianças, das quais 7 pais não deram o consentimento para a participação no estudo. Obteve-se uma amostra de conveniência constituída por 103 crianças. Os pais, tutores legais, educadoras de infância (duas) e professores (cinco) também participaram no estudo, respondendo ao SDQ.

4.4. Colheita de dados

Conforme planeado foram realizadas as entrevistas de grupo em Setembro de 2011, uma com assistentes operacionais e outra com professoras e educadoras de infância.

Com os pais e tutores legais foram realizadas entrevistas de grupo, apresentado as três etapas do projeto de investigação-ação e preenchidos os questionários por alguns pais, após assinado o consentimento informado, em Setembro de 2011 com os pais e tutores legais das crianças com 4, 5 e 6 anos de

idade, em Outubro de 2011 com os pais e tutores legais das crianças com 7 e 8 anos de idade, e pais e tutores legais das crianças com 9 e 10 anos. Os pais e tutores legais que não estiveram presentes e aceitaram participar no estudo preencheram o questionário até ao fim do mês de Outubro de 2011.

Foi solicitada informação adicional aos pais que participaram no estudo sobre a sua profissão; escalão de rendimento do agregado familiar (com base nos escalões de 1 a 8, sendo que 1 corresponde a menor rendimento *per capita* por agregado familiar e 8 corresponde ao maior rendimento *per capita* por agregado familiar); família com quem habita a criança; antecedentes familiares de patologia psiquiátrica; eventos de vida significativos pré-tornado e pós-tornado na criança no último ano.

Nas entrevistas de grupo com as professoras e educadoras emergiu a preocupação das crianças que tinham irmãos na escola, em ter informação sobre os irmãos no dia em que decorreu o tornado. Foi um relato muito emocionado por algumas professoras e tentamos identificar se existia algum significado estatístico neste relato, recolhendo o número de crianças que tinham irmãos na escola.

4.5. Descrição sociodemográfica e familiar

Das 103 crianças que constituem a amostra, 56 são raparigas (54,4%), 26,2% frequentam o ensino pré-escolar e 73,7% frequentam o 1º ciclo do ensino básico

Quadro II – Distribuição da amostra por turmas do pré-escolar e do 1º ciclo.

Turmas	N	%
Bibe vermelho	11	10,7
Bibe azul	16	15,5
1.º Ano	16	15,5
2.º Ano	23	22,3
3.º Ano	17	16,5
4.º Ano	20	19,4
Total	103	100,0

À altura do desastre a média de idade das crianças era 6,21 anos (mínimo 3,26 e máximo 9,81). Na aplicação do SDQ a pais, tutores legais, educadoras de infância e professoras, a idade média das crianças era 7 anos (mínimo 4,1 e máximo 10,7). Em média, as crianças foram avaliadas $305 \pm 14,49$ dias após o tornado.

Habitam com ambos os pais (65) 63,1% das crianças, (36) 35% habitam com o pai ou a mãe e (2) 1,9% não habitam com os pais.

Constatou-se que em 23,3% das crianças o pai integra as “Especialidades das Profissões intelectuais e científicas”, em 20,4% das crianças o pai integra “Operários, artífices e trabalhadores similares” e em 12,6% das crianças o pai integra profissões relacionadas com “Pessoal dos serviços e vendedores”.

Das profissões da mãe, as “Especialidades das Profissões intelectuais e científicas” representam 23,3% e as profissões relacionadas com “Pessoal dos serviços e vendedores” 19,4%. Existem mães desempregadas ou domésticas em 19,4% das crianças.

Tendo por base os escalões de rendimento do agregado familiar, verificou-se que 66,1% das crianças encontra-se entre o escalão 2-4, e 5,8% estão nos escalões mais altos (7 e 8), cujos rendimentos *per capita* por agregado familiar são os mais elevados.

Foi notificada existência de antecedentes familiares de perturbação psiquiátrica em 1% das crianças.

Quanto aos eventos de vida significativos apurou-se que 26,2% das crianças tinham eventos de vida significativos, dos quais 16,5% são pré-tornado (10,7% divórcio dos pais; 5,8% o nascimento de um irmão).

As crianças que apresentam eventos de vida significativos pós-tornado representam 7,8% da amostra (1% divórcio; 4,9% o nascimento de um irmão; 1,9% gravidez atual da progenitora). Verificou-se que 2 crianças tiveram a sua habitação destruída pelo tornado.

Quadro III - Distribuição da amostra por ocorrência de eventos de vida significativos.

		N	%
Pré-tornado	Divórcio	11	10,7
	Nascimento de irmão	6	5,8
Durante o tornado	Habitação destruída	2	1,9
Pós-tornado	Divórcio	1	1,0
	Nascimento de irmão	5	4,9
	Gravidez Atual	2	1,9
	Total	27	26,2
Não refere		76	73,8
Total		103	100,0

Uma criança teve uma perda significativa pré-tornado e outra criança uma perda significativa pós-tornado, por morte de um familiar ou pessoa significativa.

No momento do tornado verificou-se que 21,4% das crianças tinham irmãos no interior da escola.

4.6. Análise dos dados – SDQ

Foi utilizado o programa de pontuação do SDQ 2.03 - YouthinMind[©] Ltd 2007, que integra os algoritmos e emite um relatório com os resultados das pontuações das cinco escalas, com a pontuação total de dificuldades, pontuação de impacto e interpretação dos resultados, categorizando em “normal”, “limítrofe” e “anormal” e especificando quais os diagnósticos previstos, gerando as classificações “improvável”, “possível” ou “provável” para todas as perturbações. O programa é executado usando o Microsoft Office Access e tem a capacidade de exportar dados para o programa SPSS[©] (SPSS for Windows, Rel. 11.0.1. 2001. Chicago, Il: SPSS Inc.).

Foi efetuada a análise descritiva dos dados. Na análise univariável para explorar a existência de associações entre variáveis utilizou-se o teste Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher, conforme adequado.

Recorreu-se à regressão logística para testar vários modelos, de modo a avaliar os fatores associados a maior risco de perturbação identificada pelo SDQ, expressos pelo Odds Ratio (OR). Foi considerado um nível de significância $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$)⁴⁴.

4.7. Resultados SDQ – Pais com suplemento de impacto

Na pontuação total de dificuldades 68,9% das crianças apresentaram valores “normais”, 19,4% das crianças apresentaram valores “limítrofes” e 11,7% valores “anormais”.

⁴⁴ A análise e o tratamento de dados foram realizados com o apoio do gabinete de análise epidemiológica e estatística do Centro de Investigação do CHLC.

Nas escalas de sintomas emocionais, problemas de comportamento e de hiperatividade, apesar da maioria das crianças ter apresentado resultados dentro dos valores “normais”, obteve-se uma percentagem de valores “limítrofes” e “anormais” significativamente mais elevada, em comparação com os resultados das escalas de problemas de relacionamento com os colegas e de comportamento pró-social. Na escala de comportamento pró-social, nenhuma criança apresentou resultados dentro dos valores “anormais”

Quadro IV - Resultados das cinco escalas e pontuação total de dificuldades do SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	Normal	Limítrofe	Anormal
Escala de Sintomas Emocionais	61 (59,2%)	17 (16,5%)	25 (24,3%)
Escala de Problemas de Comportamento	68 (66%)	18 (17,5%)	17 (16,5%)
Escala de Hiperatividade	71 (68,9%)	12 (11,7%)	20 (19,4%)
Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas	87 (84,5%)	9 (8,7%)	7 (6,8%)
Escala de Comportamento Pró-social	99 (96%)	4 (3,9%)	0 (0%)
Pontuação Total de Dificuldades	71 (68,9%)	20 (19,4%)	12 (11,7%)

À primeira questão do suplemento de impacto, (61) 59,3% dos pais referem que as crianças apresentam dificuldades, sendo que 46,6% dificuldades “pequenas”, e 12,7% apresentam dificuldades “grandes” ou “muito grandes”.

À segunda questão do suplemento de impacto que avalia a cronicidade, dos 61 pais que responderam à primeira questão, 4 não responderam há quanto tempo a criança apresentava dificuldades nas referidas áreas. Dos 57 pais que responderam, 70,2% dos pais referiram que a criança apresentava dificuldades há mais de 12 meses (pré-tornado), e 29,9% referiram que a criança apresentava dificuldades há menos de 12 meses, ou seja, após o desastre.

Quadro V – Cronicidade das dificuldades avaliadas pelo SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
<1 mês	1	1,8
1-5 meses	3	5,3
6-12 meses	13	22,8
> 12 meses	40	70,2
Total	57	100,0
Não respondeu	4	6,6
Total	61	

À terceira questão do suplemento de impacto, que avaliava o sofrimento global, dos 61 pais responderam 58, dos quais 53,4% referiram que as dificuldades fazem sofrer ou incomodam “pouco” a criança, 22,4% referiram que fazem sofrer ou incomodam “muito”; 24,1% dos pais referiram que as dificuldades não fazem sofrer ou incomodam a criança.

À quarta questão do suplemento de impacto que avalia as dificuldades sociais, dos 61 pais que referiram que as crianças apresentavam dificuldades, 7 não responderam. Dos 54 pais que responderam, 66,7% referiram que as dificuldades perturbam o dia-a-dia da criança em casa e 33,3% referiram que não perturba.

Não responderam 8 dos 61 pais, sobre se as dificuldades perturbavam o dia-a-dia da criança na relação com os amigos, dos 53 pais que responderam, 58,5% referiram que perturbava e 41,5% referiram que não perturbava.

Dos 61 pais, 5 não responderam se as dificuldades que a criança apresentava perturbava o dia-a-dia, no que se refere à aprendizagem na escola. Responderam 56 pais, dos quais 85,8% referiram que as dificuldades perturbavam, sendo que em 32,2% das crianças perturbavam “muito” ou “muitíssimo”. Verificou-

se que em 14,3% das crianças, as dificuldades não interferiam na aprendizagem na escola.

Dos 61 pais, 7 não responderam se as dificuldades que a criança apresenta perturbava o dia-a-dia no que se refere às brincadeiras ou tempos livres. Dos 54 pais que responderam, 59,3% referiram que perturbava e 40,7% referiram que não perturbava.

No suplemento de impacto a questão sobre a sobrecarga para os pais e família, 2 dos 61 pais não responderam. Dos 59 pais que responderam, 47,5% referiram que não eram uma sobrecarga e 52,5% referiram que eram uma sobrecarga. Sendo que a maioria considera uma sobrecarga, deste, 16,9% consideraram que sobrecarregava “muito”.

No resultado da pontuação de impacto (obtida pelo somatório dos itens relativos ao sofrimento global e dificuldades sociais), verificou-se que o impacto das dificuldades é “normal” em 75,7% crianças, “limítrofe” em 10,7% das crianças e “anormal” em 13,6% das crianças.

Quadro VI - Resultados da pontuação de impacto. SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto.

	N	%
“Normal”	78	75,7
“Limítrofe”	11	10,7
“Anormal”	14	13,6
Total	103	100,0

4.8. Resultados SDQ – Professores com suplemento de impacto

Na pontuação total de dificuldades 94,2% das crianças apresentavam valores “normais”, 3,8% valores considerados “limítrofes” e 1,9% valores “anormais”. Na escala de sintomas emocionais nenhuma criança apresentava valores “anormais” e 2,9% das crianças apresentavam valores “limítrofes”. Na escala de hiperatividade apesar da maioria das crianças apresentar resultados dentro dos valores “normais” (87,4%), obteve-se uma maior percentagem de valores “limítrofes” (4,9%), igual na escala de problemas do comportamento, e “anormais” (7,8%).

Na escala de problemas de relacionamento com os colegas nenhuma criança apresentou valores “limítrofes” ou “anormais”.

Na escala de comportamento pró-social, 4,9% das crianças apresentaram valores “limítrofes” e 1% das crianças valores considerados “anormais”.

Quadro VII - Resultados das cinco escalas e pontuação total de dificuldades do SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	Normal	Limítrofe	Anormal
Escala de Sintomas Emocionais	100 (97,1%)	3 (2,9%)	0 (0%)
Escala de Problemas de Comportamento	97 (94,2%)	5 (4,9%)	1 (1%)
Escala de Hiperatividade	90 (87,4%)	5 (4,9%)	8 (7,8%)
Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas	103 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Escala de Comportamento Pró-social	97 (94,2%)	5 (4,9%)	1 (1%)
Pontuação Total de Dificuldades	97 (94,2%)	4 (3,8%)	2 (1,9%)

À primeira questão do suplemento de impacto, (40) 61,2% das crianças apresentaram dificuldades, destas, 30,1% apresentaram dificuldades “pequenas”, 8,8% dificuldades “grandes” e “muito grandes”.

À segunda questão que avalia a cronicidade, das 40 crianças que os professores referiram que apresentavam dificuldades: 57,5% apresentavam dificuldades há mais de 12 meses (pré-tornado), e 42,5% há menos de 12 meses, ou seja, após o desastre.

À terceira questão do suplemento de impacto, que avaliou o sofrimento global, das 40 crianças que os professores referiram ter dificuldades, em 35% das crianças essas dificuldades faziam sofrer ou incomodavam “pouco”, em 20% faziam sofrer ou incomodavam “muito” e “muitíssimo”; em 45% das crianças não provocava sofrimento ou incomodava.

À quarta questão do suplemento de impacto que avaliava as dificuldades sociais, os professores referiram que nas 40 crianças as dificuldades interferiam na relação com os colegas em 22,5% das crianças.

Das 40 crianças, as dificuldades apresentadas interferiam na aprendizagem na escola em 77,5% das crianças, sendo que em 25% perturbavam “muito” ou “muitíssimo”.

Sobre a sobrecarga para professores/classe/turma, das 40 crianças que apresentavam dificuldades, são uma sobrecarga 50% das crianças, sendo que em 22,5% das crianças sobrecarregavam “muito” ou “muitíssimo” os professores/classe/turma.

Quanto à pontuação de impacto, o impacto que as dificuldades apresentadas têm na criança é “normal” em 84,5% crianças, “limítrofe” em 9,7% crianças e “anormal” em 5,8% das crianças.

Quadro VIII - Resultados da pontuação de impacto. SDQ – Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

	N	%
“Normal”	87	84,5
“Limítrofe”	10	9,7
“Anormal”	6	5,8
Total	103	100,0

4.9. Construção dos grupos terapêuticos de prevenção

Goodman (1999) refere que os pontos de corte ou intervalos, que categorizam as crianças no que diz respeito às dificuldades identificadas em “normal”, “limítrofe” ou “anormal”, para a pontuação total das dificuldades permite distinguir possíveis “casos” de “não casos”. Desta forma, considerámos casos, todas as crianças que apresentavam risco de possíveis alterações do estado de saúde mental, sempre que o algoritmo gerou as classificações “possível” e “provável”, para as quatro categorias de perturbação e ainda as crianças que apresentavam pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Pais com suplemento de impacto ou SDQ – Professores com suplemento de impacto dentro dos valores “limítrofes” ou valores “anormais”, embora não apresentassem qualquer diagnóstico previsto pelo algoritmo.

A categoria possível ou provável Perturbação Psiquiátrica integra uma ou mais das outras três categorias de possível ou provável perturbação (Emocional, Conduta, Hiperatividade).

Da amostra, 12 (11,7%) crianças apresentavam uma possível ou provável perturbação emocional, 20 (19,4%) crianças apresentavam uma possível ou provável perturbação da conduta, 12 (11,7%) crianças apresentavam uma possível ou provável perturbação de hiperatividade e 34 (33%) crianças apresentavam uma possível ou provável perturbação psiquiátrica.

Quadro IX - Diagnóstico de Perturbação Psiquiátrica, previsto pelo algoritmo do SDQ. As categorias “possível” e “provável” são consideradas como casos.

	N	%
“Improvável”	69	67,0
“Possível”	27	26,2
“Provável”	7	6,8
Total	103	100,0

Da análise dos resultados referentes às quatro categorias de possível ou provável perturbação, verificamos que 10 crianças apresentavam, simultaneamente, duas possíveis ou prováveis perturbações.

Das 103 crianças, (43) 41,7% apresentavam risco de possível ou provável perturbação mental (total de crianças caso): (34) 33% das crianças apresentavam possíveis ou prováveis perturbações previstas pelo algoritmo do SDQ e (9) 8,7% crianças apresentavam pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Pais ou SDQ - Professores dentro dos valores “limítrofes” ou valores “anormais”.

4.10. O que conhecemos das crianças “caso”

As prevalências de risco de possível ou provável perturbação psiquiátrica e de perturbação da conduta são significativamente superior nos rapazes.

Quadro X - Distribuição dos resultados do SDQ, por género.

	Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica **	Total de crianças em risco de perturbação
Feminino	6/56 (10,7%)	3/56 (5,4%)	7/56 (12,5%)	13/56 (23,2%)	22/56 (39,3%)
Masculino	6/47 (12,8%)	17/47 (36,2%)	5/47 (10,6%)	21/47 (44,7%)	21/47 (44,7%)
Total	12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

* (Qui-Quadrado, $p < 0,001$)

** (Qui-Quadrado, $p < 0,05$)

A possibilidade de perturbação psiquiátrica é 2,7 vezes superior no género masculino. [OR 2,672 (IC 95% 1,147 – 6,225)]

A possibilidade de perturbação da conduta é 10 vezes superior no género masculino. [OR 10,011 (IC 95% 2,71 – 36,97)]

A prevalência de risco de possível ou provável perturbação da conduta é significativamente superior nas crianças do pré-escolar do que nas crianças do 1.º ciclo.

Quadro XI – Distribuição dos resultados do SDQ, por turmas do pré-escolar e do 1.º ciclo.

	Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Bibe Vermelho	2/11 (18,2%)	6/11 (54,5%)	2/11 (18,2%)	7/11 (63,6%)	7/11 (63,6%)
Bibe Azul	1/16 (6,3%)	6/16 (37,5%)	0/16 (0%)	6/16 (37,5%)	7/16 (43,8%)
1.º Ano	3/16 (18,8%)	2/16 (12,5%)	3/16 (18,8%)	6/16 (37,5%)	8/16 (50%)
2.º Ano	2/23 (8,7%)	3/23 (13%)	4/23 (17,4%)	7/23 (30,4%)	10/23 (43,5%)
3.º Ano	2/17 (11,8%)	0/17 (0%)	1/17 (5,9%)	3/17 (17,6%)	5/17 (29,4%)
4.º Ano	2/20 (10%)	3/20 (15%)	2/20 (10%)	5/20 (25%)	6/20 (30%)
Total	12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

Por cada ano de idade a mais, no momento do tornado, a possibilidade de ter uma perturbação da conduta reduz em 37,4%. [OR 0,626 (IC 95% 0,45 – 0,87)]

Por cada ano de idade a mais, no momento do tornado, a possibilidade de ter uma perturbação psiquiátrica reduz em 22%. [OR 0,78 (IC 95% 0,607 – 1,003)]

Por cada ano de idade a mais, no momento do tornado, a possibilidade de ter alteração do estado de saúde mental reduz em 19,9%. [OR 0,801 (IC 95% 0,632 – 1,016)]

Segundo os pais, a maioria das crianças com possível ou provável perturbação mental, apresentava há mais de um ano, ou seja, anterior ao tornado. Destacam-se os casos de possível ou provável perturbação da conduta, são todos prévios ao tornado. No entanto, uma parte significativa dos casos de possível ou provável perturbação emocional e de perturbação de hiperatividade são referidos pelos pais como existindo desde há 6-12 meses (coincidindo com o período imediato após o tornado), embora não apresentem significado estatístico.

Quadro XII – Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Cronicidade (Av. Pais)	Menos 1 mês	0/1 (0%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)
	1-5 Meses	0/3 (0%)	0/3 (0%)	0/3 (0%)	0/3 (0%)	2/3 (66,7%)
	6-12 Meses	5/13 (38,5%)	0/13 (0%)	4/13 (30,8%)	7/13 (53,8%)	9/13 (69,2%)
	Mais 12 Meses	7/40 (17,5%)	13/40 (32,5%)	8/40 (20%)	20/40 (50%)	23/40 (57,5%)
Total		12/57 (21,1%)	13/57 (22,8%)	12/57 (21,1%)	27/57 (47,4%)	34/57 (59,6%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

A possibilidade de ter uma perturbação da conduta após o tornado é 89,6% menor nas crianças que antes do tornado não tinham possibilidade de perturbação da conduta do que nas que já tinham. [OR 0,104 (IC 95% 0,013 – 0,860)]

Segundo a avaliação dos pais, todas as crianças com possível ou provável perturbação do estado de saúde mental se associavam a “muito” sofrimento exceto nas crianças com possível ou provável perturbação da conduta.

Quadro XIII – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo grau de sofrimento global (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade *	Perturbação Psiquiátrica *	Total de crianças em risco de perturbação *
Sofrimento Global Av. Pais	Nada	0/14 (0%)	5/14 (35,7%)	1/14 (7,1%)	5/14 (35,7%)	7/14 (50%)
	Pouco	5/31 (16,1%)	7/31 (22,6%)	5/31 (16,1%)	12/31 (38,7%)	16/31 (51,6%)
	Muito	7/13 (53,8%)	2/13 (15,4%)	6/13 (46,2%)	11/13 (84,6%)	12/13 (92,3%)
Total		12/58 (20,7%)	14/58 (24,1%)	12/58 (20,7%)	28/58 (48,3%)	35/58 (60,3%)

* (Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher, $p < 0.05$)

A apreciação pelos pais acerca da interferência das dificuldades das crianças no dia-a-dia em casa, é com maior frequência mais grave nas crianças que apresentavam possíveis alterações do estado de saúde mental (crianças em risco de perturbação), mais especificamente nas crianças em que se identificou possível ou provável perturbação psiquiátrica e emocional.

Quadro XIV – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia-a-dia da criança, em casa (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica **	Total de crianças em risco de perturbação **
Dificuldades perturbam o dia-a-dia em casa (Av. Pais)	Nada	1/18 (5,6%)	4/18 (22,2%)	2/18 (11,1%)	5/18 (27,8%)	7/18 (38,9%)
	Pouco	4/29 (13,8%)	9/29 (31%)	8/29 (27,6%)	16/29 (55,2%)	19/29 (65,5%)
	Muito	7/7 (100%)	1/7 (14,3%)	2/7 (28,6%)	7/7 (100%)	7/7 (100%)
Total		12/54 (22,2%)	14/54 (25,9%)	12/54 (22,2%)	28/54 (51,9%)	33/54 (61,1%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,001$)

** (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

A apreciação pelos pais referente à interferência das dificuldades das crianças na relação com os amigos é com maior frequência mais grave nas crianças em que se identificou possível ou provável perturbação emocional.

Quadro XV – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia-a-dia da criança, na relação com os amigos (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Dificuldades perturbam o dia-a-dia na relação com os amigos Av. Pais	Nada	2/22 (9,1%)	5/22 (22,7%)	3/22 (13,6%)	9/22 (40,9%)	12/22 (54,5%)
	Pouco	5/26 (19,2%)	8/26 (30,8%)	6/26 (23,1%)	13/26 (50%)	15/26 (57,7%)
	Muito	4/5 (80%)	1/5 (20%)	2/5 (40%)	5/5 (100%)	5/5 (100%)
Total		11/53 (20,8%)	14/53 (26,4%)	11/53 (20,8%)	27/53 (50,9%)	32/53 (60,4%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

A apreciação pelos pais sobre a interferência das dificuldades das crianças na aprendizagem escolar foi com maior frequência mais grave nas crianças em que se identificou possível ou provável perturbação psiquiátrica, especificamente nas crianças com possível ou provável perturbação emocional e de hiperatividade.

Quadro XVI – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia-a-dia da criança, na aprendizagem na escola (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade **	Perturbação Psiquiátrica *	Total de crianças em risco de perturbação ***
Dificuldades perturbam o dia-a-dia na aprendizagem na escola Av. Pais	Nada	0/8 (0%)	2/8 (25%)	1/8 (12,5%)	3/8 (37,5%)	3/8 (37,5%)
	Pouco	3/30 (10%)	7/30 (23,3%)	1/30 (3,3%)	9/30 (30%)	15/30 (50%)
	Muito	8/16 (50%)	3/16 (18,8%)	8/16 (50%)	13/16 (81,3%)	13/16 (81,3%)
	Muitíssimo	1/2 (50%)	1/2 (50%)	1/2 (50%)	2/2 (100%)	2/2 (100%)
Total		12/56 (21,4%)	13/56 (23,2%)	11/56 (19,6%)	27/56 (48,2%)	33/56 (58,9%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

** (teste exato de Fisher, $p < 0,001$)

*** (teste exato de Fisher, $p = 0,058$)

A apreciação pelos pais referente à interferência das dificuldades das crianças nas brincadeiras/tempos livres foi com maior frequência mais grave nas crianças em que se identificou possível ou provável perturbação emocional.

Quadro XVII – Distribuição dos resultados do SDQ, pela interferência das dificuldades no dia-a-dia da criança, nas brincadeiras/tempos livres (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Dificuldades perturbam o dia-a-dia nas brincadeiras Av. Pais	Nada	2/22 (9,1%)	6/22 (27,3%)	4/22 (18,2%)	10/22 (45,5%)	11/22 (50%)
	Pouco	6/27 (22,2%)	8/27 (29,6%)	5/27 (18,5%)	13/27 (48,1%)	18/27 (66,7%)
	Muito	3/5 (60%)	0/5 (0%)	2/5 (40%)	4/5 (80%)	4/5 (80%)
Total		11/54 (20,4%)	14/54 (25,9%)	11/54 (20,4%)	27/54 (50%)	33/54 (61,1%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

A referência à “muita” sobrecarga para pais/família é significativamente mais frequente nas crianças da amostra que apresentavam possíveis alterações do estado de saúde mental (crianças em risco de perturbação), parecendo estar mais associada às possíveis ou prováveis perturbações psiquiátricas e emocionais.

Quadro XVIII – Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para pais/família das dificuldades (conforme avaliado pelos pais).

		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica **	Total de crianças em risco de perturbação **
Sobrecarga pais/família Av. Pais	Nada	3/28 (10,7%)	6/28 (21,4%)	3/28 (10,7%)	9/28 (32,1%)	14/28 (50%)
	Pouco	2/21 (9,5%)	5/21 (23,8%)	5/21 (23,8%)	9/21 (42,9%)	10/21 (47,6%)
	Muito	6/10 (60%)	3/10 (30%)	3/10 (30%)	9/10 (90%)	10/10 (100%)
Total		11/59 (18,6%)	14/59 (23,7%)	11/59 (18,6%)	27/59 (45,5%)	34/59 (57,6%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

** (Qui-Quadrado, $p < 0,05$)

A perceção pelos pais de impacto de dificuldades “anormal” é superior nas crianças da amostra que apresentavam possíveis alterações do estado de saúde mental (crianças em risco de perturbação) e com possível ou provável perturbação psiquiátrica, mais especificamente com possível ou provável perturbação emocional e de hiperatividade.

Quadro XIX – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo impacto de dificuldades (conforme avaliado pelos pais).

Casos/total		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade *	Perturbação Psiquiátrica *	Total de crianças em risco de perturbação *
Impacto Av. Pais	"Normal"	0/78 (0%)	14/78 (17,9%)	1/78 (1,3%)	15/78 (19,2%)	23/78 (29,5%)
	"Limítrofe"	3/11 (27,3%)	3/11 (27,3%)	3/11 (27,3%)	5/11 (45,5%)	6/11 (54,5%)
	"Anormal"	9/14 (64,3%)	3/14 (21,4%)	8/14 (57,1%)	14/14 (100%)	14/14 (100%)
Total		12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,001$)

Segundo a apreciação dos professores, a prevalência de possível ou provável perturbação psiquiátrica há mais de 12 meses (pré-tornado) é significativamente superior. Destaca-se que a maioria das perturbações existe há mais de um ano, ou seja são anteriores à experiência do desastre, particularmente a possível ou provável perturbação da conduta.

Quadro XX – Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (conforme avaliado pelos professores).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica **	Total de crianças em risco de perturbação
Cronicidade Av. Professores	6-12 Meses	2/17 (11,8%)	1/17 (5,9%)	2/17 (11,8%)	5/17 (29,4%)	8/17 (47,1%)
	Mais 12 Meses	6/23 (26,1%)	8/23 (34,8%)	6/23 (26,1%)	14/23 (60,9%)	14/23 (60,9%)
Total		8/40 (20%)	9/40 (22,5%)	8/40 (20%)	19/40 (47,5%)	22/40 (55%)

* (teste exato de Fisher, $p = 0,054$)

** (Qui-Quadrado, $p < 0,05$)

A possibilidade de ter uma perturbação psiquiátrica após o tornado é 73,2% menor nas crianças que antes do tornado não tinham possível ou provável perturbação psiquiátrica do que nas crianças que já tinham perturbação. [OR 0,268 (IC 95% 0,070 – 1,021)]

A possibilidade de ter uma perturbação da conduta após o tornado é 88,3% menor nas crianças que antes do tornado não tinham possível ou provável perturbação da conduta do que nas que já tinham possível ou provável perturbação. [OR 0,117 (IC 95% 0,013 – 1,052)]

Não existe diferença estatisticamente significativa na prevalência de “muito” ou “muitíssimo” sofrimento, pela apreciação dos professores, entre as diferentes possíveis ou prováveis perturbações identificadas (Quadro XLVII - Anexo 6).

A apreciação pelos professores referente à interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas e na aprendizagem na escola não é significativa nas possíveis ou prováveis perturbações identificadas.

A referência à “pouca” sobrecarga para os professores/classe/turma é significativamente mais frequente nas crianças com possível ou provável perturbação da conduta.

Quadro XXI – Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para professores/classe/turma das dificuldades (conforme avaliado pelos professores).

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta *	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Sobrecarga professores/ classe/turma Av. Professores	Nada	4/20 (20%)	2/20 (10%)	4/20 (20%)	7/20 (35%)	10/20 (50%)
	Pouco	1/11 (9,1%)	6/11 (54,5%)	1/11 (9,1%)	7/11 (63,6%)	7/11 (63,6%)
	Muito	2/8 (25%)	1/8 (12,5%)	3/8 (37,5%)	4/8 (50%)	4/8 (50%)
	Muitíssimo	1/1 (100%)	0/1 (0%)	0/1 (0%)	1/1 (100%)	1/1 (100%)
Total		8/40 (20%)	9/40 (22,5%)	8/40 (20%)	19/40 (47,5%)	22/40 (55%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

A percepção dos professores de um impacto de dificuldades “anormal” é superior nas crianças com possível ou provável perturbação emocional.

Quadro XXII – Distribuição dos resultados do SDQ, pelo impacto de dificuldades (conforme avaliado pelos professores).

Casos/total		Perturbação Emocional *	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de perturbação
Impacto Av. Professores	“Normal”	8/87 (9,2%)	18/87 (20,7%)	8/87 (9,2%)	27/87 (31%)	34/87 (39,1%)
	“Limítrofe”	1/10 (10%)	2/10 (20%)	2/10 (20%)	3/10 (30%)	5/10 (50%)
	“Anormal”	3/6 (50%)	0/6 (0%)	2/6 (33,3%)	4/6 (66,7%)	4/6 (66,7%)
Total		12/103 (11,7%)	20/103 (19,4%)	12/103 (11,7%)	34/103 (33%)	43/103 (41,7%)

* (teste exato de Fisher, $p < 0,05$)

Foram testados vários modelos multivariáveis de associações para avaliar os factores associados a maior risco de perturbações/alterações do estado de saúde mental.

Para a ocorrência de perturbação da conduta foi testado um modelo multivariável, controlando o género, idade das crianças aquando do preenchimento do SDQ pelos pais, irmãos no interior da escola no momento do tornado, família e cronicidade (avaliação pais). A possibilidade de ocorrência de possível ou provável perturbação da conduta é 12,03 vezes superior nos rapazes do que nas raparigas (OR 12,045; IC95% 1,959-74,045; $p=0,007$) e diminui 39,8% por cada ano de idade a mais (OR 0,602; IC95% 0,368-0,985; $p=0,044$), tem tendência para aumentar se as dificuldades existirem desde há mais de 12 meses (OR 10,000; IC95% 0,762-131,282; $p=0,080$), e não aparece relação com a coabitação com os pais ou com a existência de irmão na escola na altura do tornado.

Para a ocorrência de possível ou provável perturbação psiquiátrica foi testado um modelo multivariável, controlando o género, a idade das crianças aquando do preenchimento do SDQ pelos pais, irmãos no interior da escola no momento do tornado e família. A possibilidade de ocorrência de perturbações psiquiátricas, foi 2,6 vezes superior nos rapazes do que nas raparigas (OR 2,603; IC95% 1,052-6,438; $p=0,038$) e diminuiu 28% por cada ano de idade a mais (OR 0,720; IC95% 0,548-0,946; $p=0,018$); não parece haver relação com a coabitação com os pais ou com a existência de irmão na escola na altura do tornado.

Foi aplicado um modelo multivariável para a ocorrência de possíveis alterações do estado de saúde mental (definido pelo total de crianças em risco de perturbação) controlando o género, idade das crianças aquando do preenchimento do SDQ pelos pais, irmãos no interior da escola no momento do tornado e família. A possibilidade de classificação como “criança em risco de perturbação” diminuiu 24,8% por cada ano de idade a mais (OR 0,752; IC95% 0,583-0,970; $p=0,028$) e não há evidencia de relação com o género, a coabitação com os pais ou com a existência de irmão na escola na altura do tornado.

Para a possível ou provável perturbação emocional e de hiperatividade, não foram testados modelos explicativos, uma vez que na análise univariável nenhuma variável revelou significado estatístico.

4.11. Discussão dos dados das crianças “caso”

Não existe a intencionalidade de extrapolar os resultados do presente estudo para a população pois estamos perante uma amostra não aleatória, tendo sido o processo de amostragem por conveniência, dependente dos critérios de exclusão e da obtenção do consentimento parental (Hill e Hill, 2009).

Existem poucos estudos sobre prevalência de possíveis ou prováveis perturbações psiquiátricas na infância, que mantenham a mesma faixa etária e metodologia de avaliação, podendo os resultados mobilizados para a nossa discussão variar em função destas características.

Linna e Moilanen (1994) na Finlândia, num estudo com 1 100 crianças de oito anos de idade tiveram uma prevalência de possível ou provável perturbação psiquiátrica semelhante ao nosso estudo, 25.2%. Ainda na Finlândia, Almqvist et al (1999) numa amostra de 5 813 crianças, mas com idades entre oito e nove anos a prevalência de possível ou provável perturbação psiquiátrica ainda se manteve próxima dos nossos valores, 21,8%.

Ford, Goodman e Meltzer (2003), numa amostra de 10 438 crianças e adolescentes britânicos, entre os 5 e 15 anos de idade, a prevalência de possível ou provável perturbação psiquiátrica foi de 9,5%; em crianças entre os 5 e 7 anos de idade (2964) a prevalência foi de 7,8% e em crianças entre os 8 e 10 anos de idade (2949) a prevalência foi de 8,6%.

Sendo idades diferentes a prevalência da possível ou provável perturbação psiquiátrica varia igualmente na Dinamarca, onde Peterson et al (2006) refere numa amostra de 751 crianças de oito e nove anos de idade uma prevalência de 11,8% de possível ou provável perturbação psiquiátrica.

A prevalência foi semelhante ao nosso estudo quando a metodologia foi idêntica. Quando utilizado o SDQ – Pais com suplemento de impacto, o SDQ - Professores com suplemento de impacto e o SDQ – Versão de Auto – Avaliação com

suplemento de impacto (aplicado a crianças com mais de 11 anos) como instrumentos de colheita de dados, Goodman et al (2000a) numa amostra de 7 984 crianças e adolescentes britânicos entre os 5 e 15 anos de idade, tiveram uma prevalência de possível ou provável perturbação psiquiátrica de 29,9%, resultado semelhante ao obtido no nosso estudo, onde a prevalência da possível ou provável perturbação psiquiátrica é de 33%.

Confirmou-se a hipótese da prevalência da possível ou provável perturbação ser maior nos rapazes, sendo 2,7 vezes superior que nas raparigas. Este resultado foi consistente em vários estudos. (Fombonne, 1994; Linna e Moilanen, 1994; Almqvist et al, 1999; Goodman et al, 2000a; Ford, Goodman e Meltzer, 2003; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Peterson et al, 2006)

A possível ou provável Perturbação da Conduta foi significativamente superior nos rapazes, sendo 10 vezes superior. Este dado está de acordo com o ICD 10 (International Classification of Diseases, 209) “conduct disorder (...) is more commonly noted in boys.”

A hipótese das possíveis ou prováveis perturbações se associarem a “muito” sofrimento na criança, confirmou-se na apreciação realizada pelos pais, com exceção das crianças com possível ou provável perturbação da conduta. É uma hipótese já colocada em vários contextos clínicos, a dificuldade dos pais associarem possíveis ou prováveis perturbações onde o comportamento da criança é mais agido e agressivo, com o sofrimento que a criança está a viver. Possivelmente, a dificuldade em diferenciar estes comportamentos de problemas de educação, onde a criança é classificada como “mal educada”, é percebida como geradora de sofrimento no outro e não detentora de sofrimento.

Com os professores os resultados são inconsistentes, não existiu diferença estatisticamente significativa na prevalência de “muito” ou “muitíssimo” sofrimento entre as diferentes perturbações.

A hipótese das perturbações sobrecarregarem “muito” as família e comunidade escolar confirmou-se, na apreciação dos pais, em particular as crianças com possível ou provável Perturbação Emocional.

Nos dados dos professores, surpreendentemente os dados são inconsistentes, não sendo estatisticamente significativa a sobrecarga para professores/classe/turma as crianças com perturbação, nem mesmo as crianças com perturbação da conduta. Não sendo estatisticamente significativo, no discurso das professoras e educadores, estas crianças são referidas frequentemente como causadoras de sobrecarga.

A hipótese da prevalência de possíveis ou prováveis perturbações mentais nas crianças que viveram um desastre (tornado) em Tomar ser superior à esperada não se confirmou, uma vez que através da apreciação dos pais e apreciação dos professores em relação à cronicidade, verificou-se que a maioria das crianças com possível ou provável perturbação mental apresenta o comportamento e sintomas há mais de um ano, ou seja, anterior à experiência do tornado, sendo particularmente evidente nas perturbações da conduta. A possibilidade de ter uma perturbação da conduta após o tornado foi 89,6% menor nas crianças que antes do tornado não tiveram possível ou provável perturbação da conduta do que nas crianças que já tinham possível ou provável perturbação, pela avaliação dos pais, e de 88,3% pela avaliação dos professores, estando estas crianças menos vulneráveis a desencadear uma possível ou provável perturbação de conduta quando experienciam um desastre.

Constatou-se pela apreciação dos professores que a possibilidade de terem uma possível ou provável perturbação psiquiátrica após o tornado foi 73,2% menor nas crianças que antes do tornado não tinham perturbação psiquiátrica do que nas crianças que já tinham perturbação.

Segundo a apreciação dos pais uma parte significativa dos casos de possível ou provável perturbação emocional e de hiperatividade existem há 6-12 meses

(coincidindo com o período imediato após o tornado), embora sem diferença estatisticamente significativa.

Embora os estudos com vítimas de catástrofes naturais revelem uma taxa elevada de perturbações mentais pós-catástrofe (OMS, 2001), na amostra estudada tal não se verificou, possivelmente justificado por fatores importantes no desenvolvimento e intensidade dos sintomas após um acontecimento traumático: a natureza do trauma, o grau em que a integridade corporal é ameaçada, a ameaça representada pelo acontecimento para o sistema de *self*, experiências pessoais, as respostas dos pais ao acontecimento traumático e a natureza do apoio da família (Zotti et al, 2006; Baggerly e Exum, 2008).

Os dados estão de acordo com os dados da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) quando referem que apenas 1/5 das crianças com perturbação recebe tratamento apropriado, pois, nenhuma criança tinha patologia diagnosticada ou era acompanhada em pedopsiquiatria à data do tornado, embora 41,7% (43) das crianças, apresentem possível ou provável perturbação mental, sendo a maioria prévia ao tornado.

Estão igualmente de acordo com a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), quando referem que nos últimos anos se verifica um aumento da frequência de perturbações do comportamento em crianças cada vez mais novas, ao constatararmos que a prevalência de possível ou provável perturbação da conduta foi significativamente superior nas crianças do pré-escolar do que nas crianças do 1º ciclo. Por cada ano de idade a mais, no momento do tornado, a possibilidade de terem uma perturbação da conduta reduz em 37,4%. As crianças, provavelmente têm maior capacidade em assumir e dominar os diferentes papéis ao longo dos anos, quanto mais papéis vivem e mais os experimentam, maior o seu domínio.

Verificamos ainda que na perceção dos pais e dos professores as dificuldades das crianças que apresentavam perturbações da conduta

sobrecarregam “pouco” ou “nada”, o que pode justificar eventualmente a não referência das crianças.

Verificamos uma inconsistência na apreciação dos pais e professores, sobre a percepção do impacto da possível ou provável perturbação no dia-a-dia da criança. Os pais consideraram que a interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas foi particularmente mais grave nas crianças com possível ou provável perturbação emocional; a interferência na aprendizagem escolar foi principalmente mais grave nas crianças com possível ou provável perturbação psiquiátrica, especificamente com possível ou provável perturbação emocional e da hiperatividade. Pelo contrário, a apreciação pelos professores referente à interferência das dificuldades das crianças na relação com os colegas e na aprendizagem na escola não foi significativa nas possíveis ou prováveis perturbações identificadas.

Goodman et al (2000a, 538) já tinham identificado estas inconsistências, referindo que a informação dos pais é um pouco mais útil para detectar distúrbios emocionais enquanto a informação dos professores é um pouco mais útil para detectar possíveis ou prováveis perturbações da conduta e hiperatividade. As crianças têm interações diferentes em contextos diferentes, na escola emergem predominantemente os papéis de aluno, amigo, enquanto em casa emergem os papéis de filho e de irmão.

Nesta amostra não se confirmou que a experiência do desastre tenha uma relação direta, causa-efeito, com a possibilidade ou probabilidade de ter uma perturbação mental. Mas a presença do Tornado na memória das crianças, pais e comunidade escolar é real, está presente e certamente irá manifestar-se no emergente grupal, nas sessões de intervenção terapêutica de prevenção em grupo.

4.12. Conhecer a dimensão do desastre – Desenhos das crianças

Entendendo a criança como ator social, a sua participação no estudo foi ativa, tendo presente as formas de comunicar que predominam na infância. Foi solicitada à criança a disposição e vontade em participar, realizando quatro desenhos, durante Novembro e Dezembro de 2011, três de tema “livre” e um tema “escola”. No final de cada desenho colheu-se a narrativa da criança. Todas as crianças que os pais autorizaram participar no estudo aceitaram realizar os desenhos.

Para realizar a análise dos dados, desde a criação das categorias, foi utilizada a triangulação dos investigadores, de forma a colocar em comparação dados obtidos com a ajuda de dois ou vários processos distintos de observação, seguidos de forma independente no seio do mesmo estudo, para aumentar a fiabilidade. (Fortin, 2000, p. 322, citando Lefrançois, 1995)

Ordenando em categorias previamente construídas, com base na experiência do desastre e no mundo da infância, e categorias construídas após a análise dos desenhos e narrativas, foi realizada uma análise sistemática dos dados. Recorremos à análise de conteúdo, que permitiu um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (Bardin, 2004, p. 37)

As tabelas de análise de conteúdo encontram-se em Apêndice.

Como observamos nas tabelas, no final agrupadas e integradas somente duas categorias, uma com “elementos associados ao desastre” e outra sem “elementos associados ao desastre”.

As crianças representaram-se a si, aos amigos e adultos com quem têm laços afectivos, narraram acontecimentos sociais e culturais, construíram cenários

idênticos à realidade e ao meio em que estavam inseridas. Para além destas temáticas, Gomes (2009) ainda nos refere as representações que as crianças fazem de animais que conhecem da sua realidade e da cultura escolar ou dos *media*. Os elementos da natureza são também uma temática de eleição das crianças aos quais, muitas vezes, são atribuídas características humanas.

Neste quadro de referência, foram analisados os desenhos e narrativas das crianças identificando os desenhos que possuíam elementos associados a um desastre, a eventos de vida com situações climatéricas extremas, destruição, cuidados hospitalares, ou desenhos em que o relato da criança fosse percebido como algo sentido como ameaçador. No desenho temático “escola” identificamos se a escola aparece representada reconstruída ou destruída, valorizando o facto de nos encontramos na escola já reconstruída, e segundo relato da totalidade das pessoas, muito melhorada em relação ao que era antes do desastre.

Sendo quatro desenhos, consideramos significativo as crianças que representaram pelo menos metade, dois ou mais desenhos com estes temas, na medida em que a representação repetida de uma temática, sentida como desagradável ou ameaçadora, pode ser percebida como desconfortável para a criança.

4.12.1. Desenhos e narrativas das crianças em pré-escolar

O Pré-escolar é categorizado como Bibe Vermelho (crianças de quatro anos) e o Bibe Azul (crianças de cinco anos).

Do Bibe Vermelho foram 11 as crianças que participaram no estudo. No primeiro desenho de tema livre, sete dos desenhos apresentaram “elementos associados ao desastre” tendo esse número descido no segundo e aumentado no último desenho. No total foram 18 os desenhos considerados com “elementos associados ao desastre”. Relativamente aos desenhos do tema escola, um representava a “Escola Destruída /com tornado ou mau tempo” e quatro desenhos “não representam a escola quando solicitado”. Os desenhos que não apresentam a

representação da escola, quando solicitado expressamente, foram também associados a elemento do desastre, tendo em conta a importância da representação de ações como parte da relação dialética entre a criança e o meio. Não representar a escola quando solicitado foi entendido como dificuldade em representar mentalmente a escola, em falar da escola, pois também não surge na narrativa, não tendo sido questionada a criança porque não o fez. Das 11 crianças, seis representaram dois ou mais desenhos associados ao desastre, sendo cinco rapazes e uma rapariga. Uma rapariga e um rapaz não são “caso” pelo SDQ, estando os restantes quatro.

Do Bibe Azul foram 16 crianças que participaram no estudo. Verificou-se que o número de desenhos com “elementos associados ao desastre” foram decrescendo ao longo dos quatro desenhos, sendo que no primeiro desenho tema “livre” surgiram quatro desenhos com “elementos associados ao desastre” e no último desenho tema “livre” só uma criança é que se incluiu nessa categoria. No total foram nove os desenhos com “elementos associados ao desastre”. Todas as crianças desenharam a escola quando solicitado. Das 16 crianças, duas, uma rapariga e um rapaz, representaram três desenhos com “elementos associados ao desastre”. A rapariga não está classificada como “caso” pelo SDQ.

Das 27 crianças do pré-escolar, 27 desenhos apresentaram “elementos associados ao desastre”, tendo 30% (oito crianças), realizado dois ou mais desenhos com “elementos associados ao desastre”, destas, três não são considerados “caso” pelo SDQ.

4.12.2. Desenhos e narrativas das crianças do 1º ciclo

No 1º ciclo participaram no estudo 76 crianças. Do 1º ano participaram 16 crianças. Nesta turma foram realizados 12 desenhos com “elementos associados ao desastre”, tendo aumentado ao longo dos quatro desenhos, um no primeiro e cinco no último. Quatro desenhos apresentaram a “Escola Destruída /com tornado ou mau tempo”, tendo todas as crianças desenhado a escola quando solicitado. Três

crianças desenharam dois desenhos com “elementos associados ao desastre”, duas raparigas e um rapaz, todos classificados “caso” pelo SDQ.

Do 2º ano participaram no estudo 23 crianças com idades compreendidas entre os sete e oito anos de idade. O número de desenhos com “elementos associados ao desastre” decresceu do primeiro desenho para o seguinte, mantendo-se constante até ao último desenho, sendo que no primeiro desenho surgiram seis, e nos restantes diminuiu para quatro desenhos com “elementos associados ao desastre”. Foram 18 os desenhos que apresentaram “elementos associados ao desastre”. No desenho tema escola todas as crianças representaram a escola, sendo que quatro desenhos apresentaram a “Escola Destruída /com tornado ou mau tempo”. Neste ano foram quatro crianças que apresentam dois desenhos com “elementos associados ao desastre”, três raparigas e um rapaz, estando duas raparigas classificadas como “caso” pelo SDQ.

Do 3º ano participaram 17 crianças com idades compreendidas entre os oito e nove anos de idade. O número de desenhos com “elementos associados à catástrofe” foi decrescendo ao longo dos 4 desenhos, sendo que no primeiro surgiram cinco desenhos que apresentavam “elementos associados ao desastre” e no último quatro desenhos, num total 16 desenhos. No desenho tema escola todas as crianças desenharam a escola quando solicitado, e dois desenhos apresentaram a “Escola Destruída /com tornado ou mau tempo”. Foram três crianças que apresentaram dois desenhos com “elementos associados ao desastre”, todas do género feminino, não estando uma classificada como “caso” pelo SDQ.

Do 4º ano participaram no estudo 20 crianças, sendo apenas sete os desenhos que apresentaram “elementos associados ao desastre”. No tema escola duas crianças representaram a escola “destruída ou com tornado/mau tempo” e todas desenharam a escola quando solicitado. Nenhuma criança no 4º ano realizou dois ou mais desenhos com “elementos associados ao desastre”.

Tendo em conta a totalidade das crianças do 1º ciclo, 84% (64) das crianças tinham uma representação da escola como íntegra, 15,7% (12) tinham a

representação de uma “escola destruída com tornado/mau tempo”, tendo todos representado a escola quando solicitado.

No total do 1º ciclo foram 53 os desenhos que apresentaram “elementos associados ao desastre”, e 13,1% (10) das crianças realizaram dois ou mais desenhos com “elementos associados ao desastre”.

No total das 103 crianças do estudo 81,5% (84) das crianças apresentaram uma representação da escola como íntegra, estando dois ou mais desenhos com “elementos associados ao desastre” presente em 17,4% (18) das crianças. Este número foi inferior ao número de crianças “caso” classificadas pelo SDQ, 41,7% (43) crianças. Das 18 crianças que realizaram dois ou mais desenhos com “elementos associados ao desastre”, 1/3 (6) das crianças, três do pré-escolar e três do primeiro ciclo, não estão classificadas como “caso” pelo SDQ.

Analisando o número de desenhos com “elementos associados ao desastre” que emergiu ao longo da sequência de desenhos solicitados, constatamos que tanto no pré-escolar como no 1º ciclo (exceção do 1º ano), o primeiro desenho solicitado apresentou maior número de elementos, diminuindo nos desenhos seguintes. Este facto poderá estar relacionado com o início da pesquisa, tendo as crianças sido informadas da importância da sua participação para o estudo, assim como, os desenhos terem sido realizados em contexto escolar, local onde as crianças experienciaram o desastre, que segundo Gomes (2009) condiciona a ação de produção do desenho infantil. Para além disso, o facto de terem sido sempre realizados na presença de um adulto poderá também ter sido um factor condicionante, pois segundo o mesmo autor, o poder do adulto está sempre implícito.

Das 18 crianças identificadas, com dois ou mais desenhos com “elementos associados ao desastre”, oito foram identificadas no pré-escolar e dez no 1º ciclo. Analisando estes valores podemos afirmar que em relação ao número de crianças da amostra no pré-escolar, 27 crianças, e crianças no 1º ciclo, 76 crianças, encontramos uma maior prevalência de crianças com dois ou mais desenhos com

“elementos associados ao desastre” no pré-escolar (30%), em relação ao 1º ciclo (13%).

4.13. Construção das sessões de intervenção terapêutica de prevenção em grupo

A intervenção terapêutica de prevenção em grupo neste estudo, desenvolveu-se com um conjunto de crianças que viveram a mesma experiência e se encontram na mesma situação, apresentam comportamentos que pais, tutores legais, educadoras de infância e professoras associam ao risco de uma possível ou provável perturbação mental, que poderá ser associada à experiência de um desastre.

Realizada a triagem, as crianças com possível ou provável perturbação mental, na sua maioria, apresentavam esses comportamentos há mais de um ano, isto é, prévios à experiência do Tornado. Percebemos que a experiência de um desastre poderá ter aumentado nos adultos que cuidam das crianças em casa e na escola, a percepção sobre o sofrimento mental, associando esta experiência aos seus comportamentos.

Em saúde, identificar o que poderá ser a causa de uma doença, a sua etiologia, é pesquisa que implica várias compreensões, dependendo da área em que nos encontramos. Em saúde mental, identificar o que está na origem de um conjunto de comportamentos que as crianças apresentam, mesmo quando não percebidos pelo adulto, são inicialmente incluídos na compreensão do desenvolvimento infantil. Apresentar de em determinado momento um quadro de agitação, de dificuldade em dormir, de medo, de enurese ou maior agressividade no comportamento, não é numa primeira etapa associado a uma perturbação mental. Por vezes estes comportamentos, diluem-se no tempo até se identificar uma potencial causa que os justifique, o sofrimento mental na criança nem sempre é perceptível nem a presença ou ausência de intencionalidade na criança quando apresenta esses comportamentos. O Tornado, nesta situação foi identificado como o foco, uma experiência que poderia justificar uma possível perturbação mental.

Em saúde mental e psiquiatria as perturbações são multifocais. Mesmo quando existe um foco, como uma experiência traumática, percebemos pelos resultados do SDQ, que a possibilidade ou probabilidade de ter uma perturbação mental, é menor em crianças que antes do tornado não apresentavam qualquer manifestação.

Percebendo a etiologia da perturbação mental como multifocal, neste estudo não se associa de forma direta, numa relação causa-efeito, os comportamentos das crianças à experiência do Tornado, e a compreensão que desenvolvemos para a intervenção terapêutica de prevenção em grupo, não se centra na possível ou provável perturbação mental, mas não os desconsideramos quando concretizamos o foco da nossa intervenção na capacidade que a criança tem de criar, de suplementar a insuficiência de papéis. **Esta é a finalidade da intervenção terapêutica de prevenção em grupo, a suplementação do papel insuficiente, desenvolvido por processos de interação, recorrendo a ferramentas do psicodrama e sociodrama.**

Nesta intervenção terapêutica de prevenção em grupo o foco é o emergente grupal, o que emerge de comum na experiência das crianças, não a história ou percurso individual de cada criança, associando-se a uma terapia individual em grupo, mas o que é comum e semelhante, vivido por todas as crianças, uma terapia de grupo. Na abordagem do Psicodrama e Psicoterapia, Soeiro (1991) fala-nos que com crianças estamos perante uma intervenção em grupo de natureza Sociodramática, o protagonista não é uma criança com um determinado problema, mas sim um grupo de crianças que partilham problemas comuns, semelhantes, habitualmente nas tensões presentes no desempenho de papéis, onde predominam os papéis complementares parentais, de professor e com os pares (Wiener et al, 2011). No nosso estudo as crianças partilham igualmente terem experienciado um tornado.

A suplementação do papel, como intervenção neste estudo, é operacionalizada em componentes, estratégias e processos. Afaf Meleis, identifica

como construtos ou componentes para a intervenção de suplementação do papel, o esclarecimento ou clarificação do papel, tomar ou assumir o papel. Identifica como ferramentas adequadas para mobilizar na investigação e nas intervenções de enfermagem em áreas como na psiquiatria, as ferramentas do psicodrama. Considera a comunicação e a interação como os processo que facilitam a implementação das estratégias a desenvolver para a suplementação do papel (Meleis, 2010, 17).

Assim, operacionalizamos a **Intervenção terapêutica de prevenção em Grupo como intervenção para a suplementação do papel**, conforme propõe Meleis (2010, 17-20), tendo como **estratégia a terapia em grupo**, uma vez que o grupo de pares é a estratégia essencial para a suplementação do papel, fornecendo o *locus* adequado para a transição de papéis. Os **processos são a comunicação e interação**, que emergem durante a sessão de grupo, com maior predomínio da interação na fase inicial, de aquecimento e na segunda fase, de dramatização, sendo a comunicação predominante na terceira fase da sessão, a partilha. **As ferramentas a mobilizar são todas as técnicas que o psicodrama e sociodrama de J. L. Moreno nos fornece.** As **componentes presentes** nas sessões que decorreram durante as sessões, **são clarificar o papel; assumir o papel; criar o papel; domínio do papel expandido.**

As componentes clarificar o papel e assumir o papel foram criadas previamente às sessões, com base na compreensão de Meleis, criar o papel e domínio do papel expandido emergiu durante as sessões, na mobilização dos conceitos inerentes a Moreno e dos registos em diário de bordo realizados e debatidos semanalmente no decorrer das sessões, entre os enfermeiros e com os peritos.

Este modelo de intervenção terapêutica de prevenção em grupo decorreu em 10 sessões. As primeiras três sessões tiveram como objetivo a clarificação do papel, as crianças apresentam-se, mobilizando os papéis sociais e da fantasia, conhecem os papéis do Outro, de início numa interação dual depois em grupos maiores até ao grupo na sua totalidade, e conhecem os seus papéis vistos

pelo grupo. A clarificação do papel reduz as ambiguidades e tensões ao possibilitar que se identifiquem e sejam identificados pelos pares, numa interação dual, em subgrupos e no grupo a que pertencem, quer mobilizando os papéis sociais assim como os papéis da fantasia.

Nas três sessões seguintes, da quarta à sexta sessão, o objetivo foi assumir o papel, poder viver múltiplos papéis e papéis complementares, sociais e da fantasia, mobilizando contos, fábulas, histórias reais, pessoais ou imaginárias. Permitir que todas as crianças possam viver todos os papéis, sociais e de fantasia, de professor e aluno, pai e filho, agressor e vítima, vencido e derrotado, super-herói bom e vilão. Viver todos os papéis permite expandir a alteridade, reconhecer e refletir o seu papel e o papel complementar, desenvolver a primeira proposição de que nos fala Meleis, onde a transição de papel é menos difícil para o ego, que aprendeu a promulgar um papel e contra papel imaginário. Estas três sessões permitiram de igual modo, desenvolver a segunda proposição, pois ao conhecer e dominar os comportamento e sentimentos associados aos papéis em transição, podemos nas sessões seguintes criar e dominar o papel, e assim, diminuir manifestações de insuficiência do papel. (Meleis, 2010, 19)

As três sessões seguintes, entre a sétima e nona sessão, o objetivo foi criar o papel. Moreno fala-nos da capacidade que o homem tem de criar, as capacidades criadoras (Moreno, 2013, 80), que na infância emergem de forma espontânea e transformam com criatividade e improvisação o olhar sobre o mundo, criando e recriando novos papéis. Criar e recriar papéis, amplia os papéis existentes, facilita a segunda e terceira proposição em Meleis, pois ao criar o papel reconhece-se os comportamentos e sentimentos desse papel e por complementaridade, aumenta a capacidade em reconhecer os comportamentos e sentimentos dos outros papéis, e papéis complementares, sendo o grupo o *locus* adequado para criar os papéis adotados (Meleis, 2010, 20), sejam eles sociais ou da fantasia. Esta proposição nasceu da possibilidade dos papéis serem construídos de forma original, o papel de cavaleiro e princesa é diferente entre as crianças, e das histórias conhecidas, como por exemplo da “barbie rapunzel” para as princesas ou

o “Don Quixote” para os cavaleiros. O papel criado em grupo é o seu papel, não a representação de um papel conhecido, em fantasia ou por outro membro do grupo.

A última sessão, décima, decorreu da apresentação à comunidade escolar o domínio do papel expandido. Dominar o papel criado e apresentar à comunidade promove o reconhecimento do domínio do papel, perante uma plateia com as pessoas com quem interage predominantemente, com quem desenvolve uma interação em outros papéis, como filho, irmão, aluno ou amigo. Esta proposição nasceu ao considerar que os atores com quem a criança interage em papéis complementares, ao assistirem e aplaudirem o domínio do papel expandido, aumentam a capacidade da criança em criar e dominar novos papéis.

4.14. Construção dos grupos

As 43 crianças com possível ou provável perturbação mental, integraram a intervenção terapêutica em grupo. A intervenção desenvolveu-se na escola, tendo-se organizado num dia fixo por semana, para facilitar a organização da escola e da equipa de enfermagem que se deslocou à escola. Os grupos foram organizados por idade/ ano escolar, visto na infância a idade entre os elementos do grupo beneficiar se não for superior a dois anos (Soeiro, 1991, 101).

Tendo em conta o número de crianças por turma, foi opção constituir um grupo com as crianças do bibe vermelho (7 crianças), um grupo com crianças do bibe azul (7 crianças), um grupo com crianças do 1º ano (8 crianças), um grupo com crianças do 2º ano (10 crianças) e um grupo com crianças do 3º e 4º anos (10 crianças), numa totalidade de 5 grupos.

A intervenção com cada grupo teve uma duração de 60 minutos e decorreram às quintas feiras, de 19/04/2012 a 28/06/2012, com a participação na festa final de ano a 29/06/2012. A periodicidade foi semanal, com pausa em duas semanas, uma por feriado e outra por estar agendada uma visita das crianças fora da escola. Foi entre a quarta e quinta sessão e entre a sexta e sétima sessão que a

pausa entre as sessões foi de duas semanas. Não se observou alteração no vínculo estabelecido com as crianças, as sessões decorreram como planeado.

As entrevistas de grupo permitiram conhecer os profissionais docentes e não docentes da escola, assim como os pais das crianças, tendo favorecido a integração em contexto escolar. O acolhimento à equipa de enfermagem foi muito agradável, todas as quintas-feiras durante este período passávamos todo o dia na escola, desenvolvíamos três grupos de manhã, entre as 9h e as 13h e dois grupos de tarde, entre as 14h30m e 17h. A equipa que se deslocou à escola era constituída por quatro enfermeiros, foram constituídas duas equipas terapêuticas, cada uma com um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e diretor de sociodrama, e uma enfermeira com experiência clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência, na unidade de internamento há mais de cinco anos e que se encontravam a realizar o curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Cada equipa, constituída por terapeuta e coterapeuta, diretor e ego-auxiliar na linguagem do sociodrama, dinamizava os grupos terapêuticos intercalados, dinamizando sempre os mesmos grupos. Enquanto estava a decorrer a sessão a equipa que não estava a intervir realizava registos, servindo os diários de bordo para rever as sessões anteriores e construir as sessões seguintes. A construção era flexível em relação aos jogos e brincadeiras mobilizados, uma vez que foi solicitado sempre a participação das crianças, sendo esta uma condição central em grupo, a participação ativa das crianças. As sessões decorreram de acordo com a circunstância mobilizada pelas crianças no momento, os jogos e brincadeira emergiam no momento, a espontaneidade e improvisação não criaram uma anomia nas sessões, pois estavam constituídas em três momentos distintos, com objetivos definidos em cada momento e com os componentes das sessões que se foram construindo no decorrer da intervenção.

Tomar fica a cerca de 150 km de distância do HDE, o caminho percorrido permitia cerca de 90 minutos de debate antes das sessões, dinamizado pela leitura dos diários de bordo durante a semana, entre as sessões, e por apreciação dos

peritos consultados durante esse período. Mantiveram-se as fases do sociodrama e psicodrama da terapia de grupo, a fase de aquecimento, a dramatização e a partilha.

4.15 As sessões de intervenção terapêutica de prevenção em grupo

A sala e o cenário onde decorreram as sessões foram equivalentes ao protagonizado em Psicodrama. A sala foi o ginásio, por ser o espaço na escola disponível todo o dia e com dimensão para desenvolver as sessões com cerca de 10 crianças. Foi construído, delimitado um espaço, equivalente ao palco, demarcando o espaço de dramatização, contudo com crianças dificilmente nos podemos restringir apenas ao palco, como espaço de dramatização, uma vez que entram e saem de cena com grande facilidade, “as regras de utilização exclusiva do espaço de dramatização com crianças não deve ser muito rígido” (Soeiro, 1991, 102).



Imagem 3 – Sala e Cenário

O Psicodrama, sendo uma terapia individual em grupo, o protagonista é um elemento do grupo que convoca para o palco outros elementos, egos auxiliares, para dramatizarem uma cena da sua vida real. Com crianças, sendo a abordagem

de caráter Sociodramática, o **protagonista** é o grupo, todas as crianças são convocadas para todos os momentos, aquecimento, dramatização e partilha. Não existe neste contexto o **auditório**, os elementos do grupo que ficam a assistir à dramatização, todas as crianças dramatizam. Como vemos na fotografia seguinte, todas as crianças entraram em cena, assumindo diferentes papéis.



Imagem 4 – Protagonista, o Grupo

O **terapeuta**, correspondente ao diretor no Psicodrama, onde nunca entra em cena; todavia, no nosso contexto com crianças, o terapeuta é frequentemente convocado para fazer o papel complementar, não o devendo recusar. Quando solicitado e sempre que indicado para a cena que está a decorrer, o diretor pode entrar em cena, “não fica rigidamente definido o seu papel como aquele que não entra em cena” (Soeiro, 1991, 102).

Vemos na fotografia seguinte, o terapeuta e coterapeuta em cena a construir casas com as crianças.



Imagem 5 – Terapeuta e Coterapeuta

Como nos diz Alfredo Soeiro, “com crianças não é indicado que o **aquecimento** decorra recorrendo muito ao verbal, as crianças quando entram para o espaço, colocam-se logo numa atitude dramática, pois têm uma expressão dramática por excelência” (Soeiro,1991, 101). Esta atitude dramática, associada à criança viver em simultâneo o mundo da fantasia e da realidade, desempenhando em simultâneo os papéis da fantasia e papéis sociais, pode criar nos terapeutas uma confusão sobre os contextos presentes em cada momento da sessão, podendo o contexto de grupo ser confundido com o contexto dramático. No aquecimento com crianças, a presença da expressão dramática não nos retira do contexto de grupo, pois as componentes desenvolvidas pelos terapeutas para cada sessão não se encontravam presentes no aquecimento.

Vemos na fotografia seguinte o **aquecimento inespecífico**, onde o terapeuta e as crianças imitavam vários animais selvagens. A expressão dramática esteve presente no momento do aquecimento, e não se confundiu com o momento da dramatização.



Imagem 6 – Aquecimento Inespecífico

No **aquecimento** o objetivo é que a interação se desenvolva entre as crianças e destas com os terapeutas. Esta interação com crianças recorreu predominantemente a jogos e brincadeiras, onde estavam presentes com maior predomínio a expressão dramática e a ação, recorrendo menos à palavra, quando comparado com os adultos. O **aquecimento é inespecífico** quando mobilizamos jogos e brincadeiras que não estavam associadas à dramatização que iríamos mobilizar nesse dia, como na fotografia anterior onde se estão a imitar animais selvagens e na fotografia seguinte onde se imitam aviões ou outros veículos.



Imagem 7 - Aquecimento

Com as crianças do pré-escolar e do 1º ano o aquecimento recorreu frequentemente a brincadeiras de imitação, com crianças do 2º, 3º e 4º ano o aquecimento recorreu menos a estas brincadeiras e predominou dinâmicas e jogos em grupo.



Imagem 8 – Dinâmicas e Jogos de Grupo

O aquecimento é específico quando associado a uma componente que iríamos desenvolver nessa sessão, como por exemplo no dia em que dramatizamos o papel de lobo mau e três porquinhos, no aquecimento emergiram brincadeiras em que um vilão poderia andar a correr e apanhar personagens desprotegidas. O terapeuta ou coterapeuta, integraram durante o aquecimento técnicas do psicodrama e sociodrama, como a interposição de resistências que observamos neste aquecimento específico, ao solicitarmos às crianças que desempenham um papel desprotegido perante um vilão, que se juntem e vão atacar o vilão, sendo esta uma resposta paradoxal, coloca a personagem desprotegida a atacar o vilão. Aqui, a associação do lobo mau ao vilão e dos três porquinhos aos personagens desprotegidos, circunscreveu um aquecimento específico.

Vemos na fotografia seguinte o terapeuta no papel de vilão a ser perseguido pelas crianças, no papel de personagens desprotegidas.



Imagem 9 – Aquecimento específico

O aquecimento decorria entre 15 a 20 minutos e tinha uma componente motora intensa, sendo importante controlar o tempo e mediar as brincadeiras a

desenvolver, recorrendo a sociometrias se surgisse a necessidade de escolher entre dois jogos. Realizávamos o jogo que tinha mais adeptos e se não fosse possível, realizar o outro jogo no mesmo dia, ficava registado que seria mobilizado no aquecimento de sessões seguintes. Estes momentos onde emergiam tensão entre as crianças, necessitavam ser mediados recorrendo a sociometrias ou introduzindo personagens, papéis complementares em cenas de maior tensão, pois, estar no mundo da fantasia permitia mobilizar por exemplo um árbitro ou polícia facilmente. Este papel poderia ser vivido pelo coterapeuta ou por outra criança que os terapeutas solicitassem.

Troca de papéis ou inversão de papéis sendo a técnica mais utilizada no psicodrama e sociodrama é igualmente a mais importante, pois permite à criança aprender vários papéis e colocar-se no lugar do Outro com quem está em interação, no papel complementar, foi igualmente mobilizada no aquecimento.

As crianças viveram todos os papéis que emergiam nas sessões, desde o aquecimento, sendo esta, uma condição importante no grupo, aumentar e ampliar os papéis. Quantos mais papéis fossem vividos e quanto mais desenvolvidos os papéis estivessem, maior a capacidade de enfrentar novas situações ou desenvolver novas respostas a situações antigas. **Corresponde à quarta preposição de que Afaf Meleis nos refere, quando temos a possibilidade de viver de forma preventiva a suplementação do papel, menor é a possibilidade de insuficiência do papel. Viver múltiplos papéis permite incorporar os comportamentos dos papéis, dos papéis complementares, conhecer e atribuir-lhes significado.** (Meleis, 2010)

Na **dramatização** o objetivo é vivermos em contexto simulado, os múltiplos papéis sociais e da fantasia que a realidade suplementar nos disponibiliza. Se em Psicodrama, no contexto de terapia individual em grupo, dramatizamos o que o protagonista apresenta como significativo para a sua vida, desenvolvendo os papéis presentes nessa situação de vida, em Sociodrama trabalhamos o emergente grupal, o que é comum a todos os elementos do grupo. O nosso grupo é de carácter

Sociodramático, por ser com crianças (Soeiro, 1991) e por todos os elementos do grupo terem vivido a mesma situação, o desastre.

Numa fase inicial do grupo, nas três primeiras sessões em que a componente da dramatização foi **clarificar o papel**, o objetivo foi que as crianças se apresentassem, não porque não se conheciam previamente, pois frequentavam a mesma escola e turma, mas porque a apresentação num novo contexto de grupo, nunca antes experienciado pelas crianças, requeria construir um novo papel, mobilizando papéis que já dominava, como o de colega de turma e de aluno. Integrar este novo papel, colega de um grupo em intervenção terapêutica de prevenção, implica a assunção de características que não se encontram presentes no papel de colega de turma, como a reserva sobre o que é vivido neste grupo ou maior aceitação de comportamentos quem em outros contextos podem estar sujeitos a reprimenda. Nesse novo papel, a reserva foi muito importante, não partilhando fora do contexto de grupo o que ali era experienciado, necessitando ser reforçado com as crianças a importância de “guardar segredo”, para quem não pertence ao grupo, o que escolhêssemos fazer em grupo, o que escolhêssemos ser, as personagens que assumíamos, seria uma surpresa para todos, no último dia na festa. Associar à festa, no último dia, o desvendar do que fazemos em grupo, convoca para o grupo a magia e alegria da festa e liberta o desvendar do que se viveu nas sessões, do que aconteceu durante cada sessão, quer quando questionado pela família, amigos ou profissionais.

Solicitámos que as crianças se apresentassem de forma distinta do papel social, que nesta apresentação assumissem um novo papel que até este momento não existia. Que não se apresentassem unicamente com recurso aos papéis sociais, nome, turma, idade, mas integrassem parte desse papel. O nome, foi solicitado que o fizessem juntando uma expressão dramática, recorrendo à fantasia, com um gesto, ação, palavra ou grito. Apelámos que recorressem ao imaginário e que integrassem o que desejarem, tudo é possível, desde um animal a um super herói ou ídolo. Convocamos não só os papéis sociais, mas em simultâneo o papel da fantasia.

Iniciávamos a apresentação, como vemos na fotografia seguinte, simbolicamente retirando a bata, despindo o papel de aluno, para livremente assumir outro papel.



Imagem 10 – Assumir outro papel

As crianças apresentavam um novo papel e tomavam conhecimento do papel do outro, quando o outro se apresentava, associando nesse papel os papéis sociais e de fantasia. Foi se tornando clara a presença dos dois papéis e a sua diferenciação, emergindo de mundos diferentes. Durante as sessões, na interação emergia o nome social, mas também o nome ou ação da fantasia, permitindo associar o nome social a quando se encontravam em sala de aula, e o nome da fantasia, a quando se encontram nas brincadeiras. No contexto em que nos encontrávamos, convocávamos ambos os papéis, pois não é sala de aula nem é brincadeira, é um outro espaço, outro contexto, onde podem emergir todos os papéis que desejarmos. Esse papel, que integra e distingue os papéis sociais e papéis da fantasia, fortalece a brecha entre realidade e fantasia, e clarifica a sua adequabilidade ao contexto onde se manifesta.

Conhecer o papel complementar das outras crianças permitiu realizar associações dois a dois, em que uma criança anda ou dança e outra acompanha-a, solicitando que complementasse ou impedisse a ação. Esta interação que surgiu dois a dois, permitia experienciar interações de imitação, cooperação ou oposição. Essa interação também poderia surgir por imitação de animais e de igual forma estabelecer uma interação por imitação, complementaridade ou oposição. Dramatizar diferentes papéis e papéis complementares, com estímulos concretos ou mais abstratos, integrando música ou dança, possibilitou interações que proporcionaram viver e clarificar diversos papéis.



Imagem 11 – Papel social e da fantasia

Nas três sessões seguintes, com o objetivo de **assumir o papel**, foi possível vivermos múltiplos papéis, pela dramatização de histórias, reais ou fictícias, contos ou fábulas, que emergiram das crianças ou propostos por nós. Todas as crianças viveram todos os papéis presentes nessas histórias. Se em Psicodrama temos um protagonista e a dramatização está centrada na história do protagonista, sendo os papéis e contra papéis experienciados com essa finalidade, no sociodrama o objetivo foi que todos os elementos do grupo experienciassem todos os papéis, visto terem passado por situações idênticas. Neste grupo, acresce ainda o facto de

todos terem experienciado a mesma situação, sendo nossa intencionalidade, aumentar e ampliar os papéis na infância ao assumirem múltiplos papéis.

Foi solicitados às crianças a partilha de acidentes que tenham experienciado, foram relatados acidentes no jardim, no escorrega, a correr, uns que implicaram chamar bombeiros e cuidados hospitalares, outros em que não foram necessários cuidados diferenciados. O tornado não foi relatado por nenhuma criança. Dramatizamos os papéis de histórias de acidentes que as crianças tinham vivido, assumindo o papel de acidentado, bombeiro, enfermeiro, entre outros. Nas fotografias seguintes vemos a dramatização de uma criança que caiu no jardim, e de uma criança a ser transportada na ambulância para o hospital.



Imagem 12 – Dramatização da queda



Imagem 13 – Dramatização do transporte de ambulância

Foram lidas e dramatizadas histórias e contos com princesas, cavaleiros, e fábulas.



Imagem 14 – Leitura de histórias



Imagem 15 – Dramatização da história

Após as crianças terem assumido diferentes papéis foi solicitado nas dramatizações seguintes, da sétima à nona sessão, **criar o papel**.

Atingir a componente criar o papel foi distinto entre as crianças do pré-escolar e 1º ano e as crianças do 2º, 3º e 4º ano.

No pré-escolar e no 1ºano as crianças assumiam papéis da fantasia que conheciam, de animais selvagens ou super-heróis. Nestes grupos, emergiu de forma espontânea a construção de casas, tocas, espaços onde as crianças se escondiam a viver esses papéis. Ao tomarmos consciência desta repetição nas dramatizações, mobilizamos a história dos três porquinhos e do lobo mau, onde todas as crianças tiveram a oportunidade de viver todos os papéis, nos três tipos de casa presentes na história.

Viver e reviver esses papéis da fantasia, quer no papel de lobo mau que destrói as casas e persegue os porquinhos, quer no papel dos três porquinhos, que tinham de fugir para não serem capturados pelo lobo mau, e construir casas cada vez mais fortes, permitiu criar e recriar o papel, construir e reconstruir os espaços.

Na fotografia seguinte vemos a construção de um desses espaços onde as crianças estavam no seu interior.



Imagem 16 – Crianças a viverem os papéis da fantasia

Colchões, lençóis, vários tecidos e máscaras foram os materiais mobilizados para viver esses papéis. Viver papéis da fantasia nas sessões que tinham a finalidade de **criar o papel**, na história dos três porquinhos e lobo mau, foi a estratégia adotada com as crianças até aos seis e sete anos de idade, ao constatarmos que a multiplicidade de papéis nestas idades é menor, quando comparado com as crianças de 8, 9 e 10 anos, assim como a sua originalidade. As crianças nesta idade não criaram tantos papéis originais, a colagem ao papel original da história encontra-se mais presente, não emergindo muitos papéis da fantasia, e os papéis que emergiram, predominantemente estavam associados a animais, sendo mais viável recorrer a uma história conhecida. Assim, a opção com estes três grupos, foi manter o vínculo à história e viver esses papéis.

Na fotografia seguinte vemos as crianças a perseguir, apanhar e destruir o lobo mau. A interpolação de resistências foi uma técnica mobilizada predominantemente, assim como a inversão de papéis.



Imagem 17 – Interpolação de resistências

Com o objetivo de na última sessão apresentar o **domínio do papel expandido**, estava planeada a apresentação à comunidade escolar, a dramatização de uma história, que nestas crianças seria dos três porquinhos e do lobo mau.

Durante as sessões, levantaram-se questões em relação à segurança da dramatização dessa história em palco, e o facto de estarem três grupos a partilhar a mesma história, seria menos interessante, tendo em conta a originalidade. Ainda assim mantivemos até à oitava sessão esta estratégia, como planeado para atingir o objetivo. Mas a criação da apresentação começou a condicionar as sessões e apercebemo-nos no decorrer dessas sessões que nos estaríamos a aproximar de uma representação teatral, com treino de um papel conhecido por todos em que se poderia valorizar mais a capacidade da criança na representação, em detrimento da experiência, que para nós poderá ser sentida como menos original quando comparado com outras crianças, mas que era vivida com o mesmo prazer e satisfação dos outros grupos. A opção foi não condicionar as sessões ao treino de um papel com a finalidade de o representar mas livremente, viver os papéis da história.

Abandonada a preocupação em preparar a última sessão, por sentirmos que estaríamos a condicionar as sessões precedentes, aproximando-as mais do mundo das artes que do mundo do cuidar, a opção foi solicitar às crianças a realização de fotografias e a sua compilação num filme, que seria apresentado aos pais e amigos durante a festa. Esta solicitação foi aceite e foram realizados três filmes, um de cada grupo, que no último dia foram apresentados no intervalo entre os diversos espetáculos de final de ano. Foi um sucesso, ao nível do impacto que gerou na comunidade escolar, com pais e professores a emocionarem-se ao ver essa sequência de fotografias expostas durante a festa. Consideramos que atingiu a finalidade de apresentar o domínio do papel expandido.

A singularidade da dimensão sensorial nestas idades manifestou-se nas sessões de forma surpreendente para os terapeutas quando integramos o **lençol**. As sessões com as crianças nesta idade foram sempre com muita ação, e a transição para a fase da partilha foi difícil nas primeiras sessões, as crianças apresentavam-se inquietas e com dificuldade em parar. A partir da quinta sessão, quando integramos os lençóis, de início para simular o vento, ao ser segurado pelos terapeutas e abanado com força provocava vento, e o vento estava presente na história quando o lobo mau destruía as casas ao soprar, mas também tinha sido

relatado pelos pais, educadoras e professoras como assustador na atualidade para algumas crianças, por terem experienciado no tornado, onde o vento atinge grande velocidade. Algo de surpreendente aconteceu quando as crianças, na simulação do vento, entravam em contacto com os lençóis. A representação assustadora do vento e do elemento que naquele contexto o simulava, transformou-se num elemento apaziguador quando as crianças caíram em alguns lençóis, enquanto fugiam.

Na fotografia seguinte vemos uma criança a fugir do vento, simbolicamente representada pelo lençol.



Imagem 18 – Representação simbólica

O papel psicossomático de dormir emergiu assim que as crianças entraram em contato com os lençóis. A dimensão sensorial que estimulou a emergência desse papel desencadeou os comportamentos, emoções e sentimentos associados ao sono e repouso, envolvendo-se as crianças nos lençóis, ficando mais tranquilas,

algumas chegando mesmo a colocar o dedo na boca e chuchar, como vemos na fotografia seguinte.



Imagem 19 – Papel psicossomático - o dormir

O lençol, elemento que envolve e está presente como tranquilizador no papel psicossomático do sono, convoca os comportamentos e emoções que permitem uma interação mais próxima e tranquila nas sessões seguintes. Em todas as sessões onde o papel psicossomático de dormir emergiu, estimulado pelo contacto com o lençol, permitiu tranquilizar a criança, sendo reforçada a capacidade que a criança apresenta em se tranquilizar sozinha.



Imagem 20 – O lençol como objecto de transição

No 2º, 3º e 4º anos as crianças nos dois grupos, com o objetivo de **criar o papel**, criaram uma personagem e escreveram sobre as características dessa personagem, apresentando a personagem ao grupo. Vemos na fotografia seguinte as crianças a criar a sua personagem.



Imagem 21 – Criar o personagem

Após criarem a personagem, as crianças experienciaram esse papel, assumindo essas características, vemos na fotografia seguinte um exercício em que internalizam o papel criado, reduzindo os estímulos externos.



Imagem 22 – Viver o papel

Na fotografia seguinte, simbolicamente vemos uma criança a cobrir uma cicatriz provocada pelo desastre, onde está escrita a sua personagem e o papel criado, enquanto assistia a outras crianças a apresentar o papel.



Imagem 23 – A cicatriz e a história

Depois de criar o papel, as crianças construíram uma história com os papéis que tinham criado. Vemos na fotografia seguinte a criação em conjunto dessa história.



Imagem 24 – Criação da história

Em ambos os grupos foram criados papéis de princesa, fadas, dragões, cavaleiros, tornado, super heróis e alguns animais, como cães e rato. Após a construção da história, que consistiu num castelo onde habitavam as princesas, fadas e os animais, o castelo era destruído por tornados e dragões e era reconstruído por cavaleiros e super heróis. Vemos nas fotografias seguintes as crianças a criarem o seu papel com tecidos.



Imagem 25 – Utilização de materiais no assumir do papel



Imagem 26 – Dramatização da história

Após a criação do papel as crianças dramatizaram esse papel na sala para posteriormente na última sessão de **domínio do papel expandido** o apresentar à comunidade escolar. Vemos nas fotografias seguintes a dramatização e apresentação do papel criado.



Imagem 27 – Domínio do papel expandido

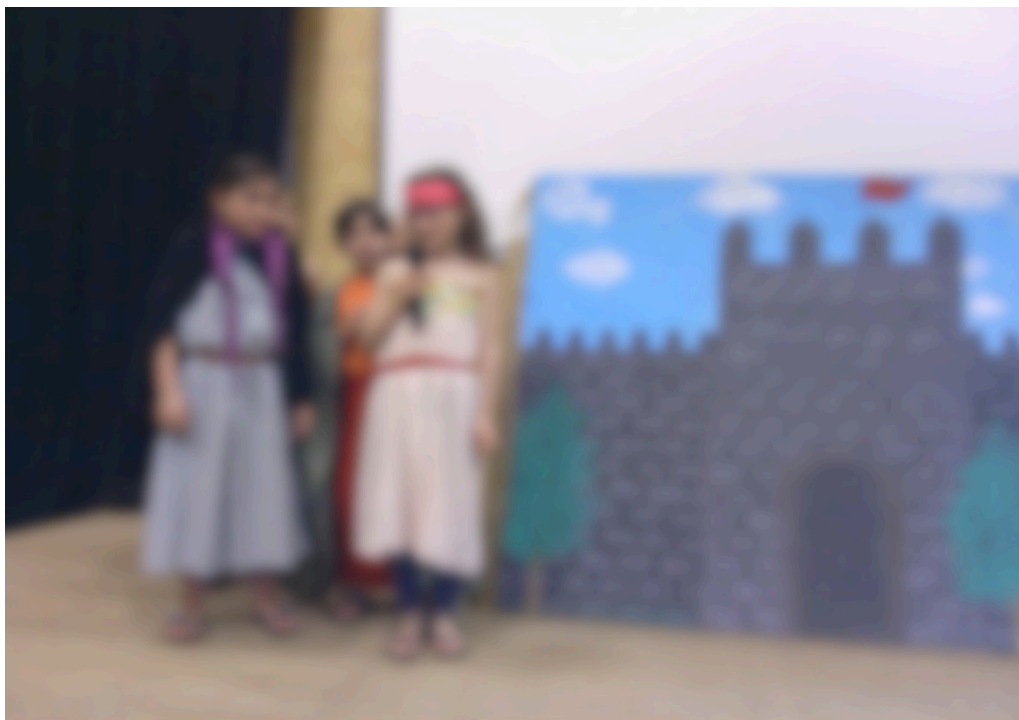


Imagem 28 – Domínio do papel expandido

A **partilha ou comentários**, enquanto última fase das sessões surgiu como um momento onde as crianças falavam livremente sobre o que experienciaram. No psicodrama existe uma ordem, onde o protagonista comenta em primeiro lugar, em seguida ouve os comentários da plateia e no final dos comentários pode expressar-se sobre o que ouviu, finalizando os comentários o ego-auxiliar e diretor. No Sociodrama, percebendo o grupo como protagonista não existe uma ordem para os elementos do grupo falarem, sendo esta a forma como os comentários se desenrolaram nos grupos. Depois de todas as crianças comentarem, o coterapeuta e terapeuta comentam o que aconteceu, o que experienciaram, não apresentando uma atitude de interpretativa, mas centrado no “aqui e agora”, valorizando a capacidade das crianças em partilhar, cooperar e mesmo rivalizando em jogos ou brincadeiras, percebemos que foi nesse contexto que a rivalidade surgiu e foi agida, mantendo na interação e desempenho dos papéis sociais uma relação salutar. No pré escolar e no 1º ano, estando a ação muito presente, o cansaço no final das sessões permitia a partilha ainda no meio dos materiais mobilizados como vemos na fotografia seguinte.



Imagem 29 - Comentários

Embora o tornado não emergisse de forma expressa nos comentários do pré escolar e 1º ano, a associação estava presente quando comentavam a destruição e reconstrução das casas e a capacidade em ultrapassar essas experiências.

A associação a espaços e contextos onde podemos viver comportamentos do mundo da fantasia e outros onde o desempenho se associa ao papel social, foi uma constante nos nossos comentários, enquadrado no final da sessão, quando as crianças iriam regressar para a sala de aula ou para o recreio. Perspetivarmos o próximo encontro era igualmente uma missão do final da sessão.

Com as crianças do 2º, 3º e 4º anos, nos comentários emergia com frequência a associação ao tornado, quer ao comentarem o papel que tinham assumido, algumas crianças de tornado, quer nas sessões onde foram dramatizados acidentes e o tornado não emergiu, esse facto foi igualmente comentado pelas crianças.

4.16. Validação cultural do SDQ – *Follow - up*

Conforme planeado no início do estudo, realizamos a adaptação cultural para Portugal do questionário de seguimento SDQ (versão *Follow-Up*), com a finalidade de avaliar a intervenção terapêutica de prevenção realizada. Foi elaborado protocolo de investigação para a adaptação cultural, aferindo-se a metodologia com a equipa que coordena o instrumento.

As duas questões que permitiram avaliar as intervenções realizadas e que integram as versões *Follow-up* do SDQ foram validadas seguindo a sequência metodológica de tradução para português – discussão em grupos focais – tradução retrógrada para inglês – validação pela equipa responsável pelo instrumento original.

No que se refere à tradução para português, duas professoras de inglês do Ensino Secundário⁴⁵, portuguesas, traduziram de forma independente as duas questões originais para português; destas duas traduções surgiu uma versão de consenso (Anexo 5).

Foram realizados quatro grupos focais para avaliar a preservação do constructo e a correta compreensão de frases e expressões.

O primeiro grupo focal foi constituído por profissionais da área clínica, psiquiatra da infância e adolescência⁴⁶, enfermeiro especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica⁴⁷ e psicóloga clínica⁴⁸; o segundo grupo focal foi constituído por seis educadores de infância e professores do Ensino Básico e Secundário do HDE; o terceiro grupo focal foi constituído por quatro pais de crianças e adolescentes internadas; e o quarto grupo focal foi constituído por quatro adolescentes internados, com idades entre os 13 e 17 anos.

No decorrer dos grupos focais as palavras cuja tradução gerou maior discussão foram “*clinic*” - clínica e “*bearable*” – suportáveis. Durante o debate gerado em todos os grupos, quando nos reportamos a “... *frequentar a clínica* ...”, tradução de “... *coming to the clinic*...”, foi consensual que era pouco perceptível a associação com o tratamento, sendo a representação de “*frequenta a clínica*”, associada frequentemente a clínica privada, não ao tratamento hospitalar, em centro de saúde ou outro contexto, como o do estudo que decorre numa escola. Assim a palavra que gerou consenso em todos os grupos focais, melhorando a compreensão da questão, foi “... *frequenta o tratamento* ...”.

O termo “*suportáveis*”, tradução de “*bearable*”, foi frequentemente associado nos grupos focais a uma representação negativa e de sofrimento, associado ao termo “suportável”. Contudo, não foi sugerido nenhum outro termo em alternativa,

⁴⁵ Paula Maria de Carvalho Rocha (Faculdade de Letras de Lisboa, Licenciatura em Línguas e Literatura Moderna, Português - Inglês) e Maria Manuela Alves Martins Marques (Universidade Nova de Lisboa, Licenciatura em Literatura e Línguas Modernas, Português - Inglês).

⁴⁶ Dr. Ricardo Encarnação

⁴⁷ Enfermeira Fátima Gomes

⁴⁸ Dr.^a Joana Pombo

sendo consensual que “*suportáveis*” era perceptível e não causava qualquer dúvida sobre a questão colocada.

Das aporções destes grupos, surgiram as versões finais em português das duas questões das versões *Follow-up* do SDQ para pais, professores e adolescentes (Anexo 6).

Foi solicitado aos participantes o consentimento esclarecido para participação no projeto de investigação e, no caso dos adolescentes, também aos seus representantes legais. Reforçando que seriam salvaguardados os direitos à confidencialidade e privacidade e que os sujeitos tinham o direito de se retirar em qualquer momento.

A tradução retrógrada para inglês foi realizada por dois professores de inglês do Ensino Secundário⁴⁹, portugueses, que não participaram na tradução para português. Estes traduziram de forma independente para inglês as propostas de versões adaptadas para Portugal; das duas traduções realizadas surgiu uma versão final.(Anexo 7)

As traduções retrogradadas finais das duas questões do SDQ *Follow-up* para pais, professores e adolescentes foram enviadas para a equipa que coordena o questionário SDQ, a qual aprovou as traduções retrogradadas finais e disponibilizou a sua utilização no site www.sdqinfo.com.

4.17. Avaliação *Follow - up*

Das 43 crianças que apresentavam possíveis alterações do estado de saúde mental, 42 integraram a intervenção terapêutica de prevenção em grupo, (uma criança imigrou aquando da intervenção).

Foi aplicado o SDQ *Follow-up* – Pais com suplemento de impacto e o SDQ *Follow-up* - Professores com suplemento de impacto. Das 42 crianças, em 4 não foi

⁴⁹ Florbela Santa Bárbara Costa Santiago (Licenciatura em Literatura Moderna e Línguas, Português - Inglês, pela Universidade Autónoma de Lisboa) e Isabel Maria de Brito Nunes (Licenciatura em Literatura Moderna e Idiomas, Inglês - Alemão, pela Faculdade de Letras de Lisboa).

aplicado o *SDQ Follow-up* – Pais com suplemento de impacto e em 11 não foi aplicado o *SDQ Follow-up* - Professores com suplemento de impacto (crianças que aquando da avaliação já não frequentavam o Jardim Escola). No universo das 42 crianças, em 4 crianças (10%) não foi aplicado *SDQ Follow-up*.

Segundo a apreciação dos pais, no que se refere à pontuação total de dificuldades verificou-se que 50% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 13,2% das crianças mantiveram a pontuação e em 36,8% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos professores, no que se refere à pontuação total de dificuldades verificou-se que 35,5% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 3,2% das crianças mantiveram a pontuação e em 61,3% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos pais, no que se refere à escala de sintomas emocionais verificou-se que 44,7% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 15,8% das crianças mantiveram a pontuação e em 39,5% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos professores, no que se refere à escala de sintomas emocionais verificou-se que 25,8% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 19,4% das crianças mantiveram a pontuação e em 54,8% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos pais, no que se refere à escala de problemas de comportamento verificou-se que 44,7% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 23,7% das crianças mantiveram a pontuação e em 28,9 % das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos professores, no que se refere à escala de problemas de comportamento verificou-se que 16,1% das crianças apresentaram

melhoria na pontuação, 45,2% das crianças mantiveram a pontuação e em 38,7% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos pais, no que se refere à escala de hiperatividade verificou-se que 42,1% das crianças apresentaram melhoria na pontuação e 23,7% das crianças mantiveram a mesma pontuação e em 34,2% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos professores, no que se refere à escala de hiperatividade verificou-se que 32,3% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 12,9% das crianças mantiveram a pontuação e em 54,8% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos pais, no que se refere à escala de problemas de relacionamento com os colegas verificou-se que 36,8% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 26,3% das crianças mantiveram a pontuação e em 36,8% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos professores, no que se refere à escala de problemas de relacionamento com os colegas verificou-se que 12,9% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 54,8% das crianças mantiveram a pontuação e em 32,3% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos pais, no que se refere à pontuação de impacto verificou-se que 34,2% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 36,8% das crianças mantiveram a pontuação e em 28,9% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos professores, no que se refere à pontuação de impacto verificou-se que 6,5% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 41,9% das crianças mantiveram a pontuação e em 51,6% das crianças piorou a pontuação.

Das 38 crianças, 17 melhoraram (44,7%), das quais, 15 (39,5%) deixaram de apresentar possível ou provável perturbação mental.

Em 10 crianças (26,3%) manteve-se a classificação de possível alteração do estado de saúde mental.

Em 11 crianças (28,9%) registou-se agravamento.

Das 31 crianças com possível ou provável Perturbação Psiquiátrica, 15 (48,4 %) melhoraram (13 não apresentam perturbação e 2 passaram de classificação “provável” para “possível”).

Das 10 crianças com possível ou provável Perturbação Emocional, 8 (80%) melhoraram (nenhuma apresenta risco de perturbação).

Das 20 crianças com possível ou provável Perturbação da Conduta, 12 (60%) melhoraram (11 não apresentam risco de perturbação e 1 passou de “provável” para “possível”).

Das 10 crianças com possível ou provável Perturbação de Hiperatividade, 5 (50%) melhoraram (4 não apresentam risco de perturbação e 1 passou de “provável” para “possível”).

Das 7 crianças que apresentavam pontuações totais de dificuldades no valor “limítrofes” ou “anormais”: 2 passaram a valor “normal”, 1 mantém a pontuação e 4 passaram a apresentar possível ou provável perturbação psiquiátrica (risco de perturbação emocional e/ou da conduta).

4.17.1 Avaliação da intervenção terapêutica de prevenção em grupo:

Quanto à questão do SDQ *Follow-up* "Desde que frequenta o tratamento, os problemas do seu filho/aluno..."

Os Pais consideraram que 66,6 % das crianças “melhoraram” ou “melhoram muito” após a intervenção.

Os Professores consideraram que 64,3 % das crianças “melhoraram” ou “melhoram muito” após a intervenção.

Quanto à questão do SDQ Follow-up "Estes tratamentos têm sido úteis noutros aspectos, como por exemplo, proporcionando informação ou tornando os problemas mais suportáveis?"

66,7% dos pais consideraram que ajudaram “muito” ou “muitíssimo”.

64,3% dos professores consideraram que ajudaram “muito” ou “muitíssimo”.

A percepção do benefício da intervenção pelos pais associa-se significativamente à melhoria da possível ou provável perturbação da conduta.

A possibilidade de melhoria da perturbação da conduta foi 6,8 vezes maior nos rapazes (6,8 vezes).

4.18. Síntese dos resultados finais

Da amostra, 12 (11,7%) crianças apresentaram risco de perturbação emocional, 20 (19,4%) crianças apresentaram risco de perturbação da conduta, 12 (11,7%) crianças apresentaram risco de perturbação de hiperatividade e 34 (33%) crianças apresentaram risco de perturbação psiquiátrica.

A categoria possível ou provável Perturbação Psiquiátrica integra uma ou mais das outras três categorias de possível ou provável perturbação (Emocional, da Conduta, e de Hiperatividade).

Da análise dos resultados referentes às quatro categorias de possível ou provável perturbação, verificamos que 10 crianças apresentam, simultaneamente, duas possíveis ou prováveis perturbações.

Das 103 crianças, (43) 41,7% apresentavam risco de possível ou provável perturbação mental (total de crianças caso): (34) 33% crianças apresentavam possíveis ou prováveis perturbações previstas pelo algoritmo do SDQ e (9) 8,7% crianças apresentavam pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Pais ou SDQ - Professores dentro dos valores “limítrofes” ou valores “anormais”. Por estas crianças, com pontuações totais de dificuldades “limítrofes” ou “anormais”, se encontrarem igualmente em risco de ter uma perturbação psiquiatria, embora o algoritmo não consiga prever qual, foram igualmente consideradas crianças “caso”.

Das 43 crianças que apresentavam possíveis alterações do estado de saúde mental, 42 integraram a terapia de enfermagem em grupo, (uma criança imigrou aquando da intervenção).

Foi aplicado o SDQ *Follow-up* - Pais com suplemento de impacto e o SDQ *Follow-up* - Professores com suplemento de impacto. Das 42 crianças, em 4 não foi aplicado o SDQ *Follow-up* - Pais com suplemento de impacto e em 11 não foi aplicado o SDQ *Follow-up* - Professores com suplemento de impacto (crianças que aquando da avaliação já não frequentavam o Jardim Escola). No universo das 42 crianças, em 4 crianças (10%) não foi aplicado SDQ *Follow-up*.

O género foi uma variável importante na atividade clínica em saúde mental na infância e adolescência. O género masculino apresentou uma prevalência significativamente superior de possíveis ou prováveis perturbações psiquiátricas e da conduta, sendo as possíveis ou prováveis perturbação psiquiátrica 2,7 vezes superior e uma possível ou provável perturbação da conduta 10 vezes superior.

A idade foi igualmente uma variável importante na clínica em saúde mental na infância e adolescência, sendo a prevalência de possível ou provável perturbação da conduta significativamente superior nas crianças do pré-escolar do

que nas crianças do 1.º ciclo, reduzindo significativamente por cada ano a mais, 37,4% para a possível ou provável perturbação da conduta, 22% para a possível ou provável perturbação psiquiátrica e 19,9% para as possíveis ou prováveis perturbações psiquiátricas avaliadas.

Nos desenhos, o número de criança que no pré-escolar realizou dois ou mais desenhos com elementos associados ao desastre (30%) foi superior em relação a crianças no 1º ciclo (13%), sendo que as crianças com mais anos de idade, no 4º ano, nenhuma realizou mais de um desenho com elementos associados ao desastres.

As crianças que não realizaram desenhos temáticos da escola quando solicitado, foram apenas no pré-escolar.

Segundo os pais e professores a maioria das crianças com possível ou provável perturbação mental apresentava os comportamentos e sintomatologia há mais de um ano, ou seja, anteriores ao tornado. Não existiram dados significativos que permitisse associar a experiência deste desastre à possibilidade ou probabilidade das crianças virem a ter uma perturbação mental, embora uma parte considerável dos casos de possível ou provável perturbação emocional e de hiperatividade terem sido referidos pelos pais como existindo desde há 6-12 meses (coincidindo com o período imediato após o tornado), mas não apresentaram significado estatístico.

Destaca-se que todos os casos de possível ou provável perturbação da conduta, são prévios ao tornado, sabendo que são significativamente do género masculino e crianças mais novas.

A possível ou provável perturbação da conduta deixou as crianças mais vulneráveis, pois as crianças que antes de viverem o desastre não tinham uma possível ou provável perturbação da conduta apresentaram 89,6% menos possibilidade de vir a ter.

A possível ou provável perturbação psiquiátrica aumentou a vulnerabilidade nas crianças, pois a possibilidade de vir a ter uma possível ou provável perturbação psiquiátrica após o tornado é 73,2% menor nas crianças que antes do tornado não apresentavam possível ou provável perturbação psiquiátrica, em relação às que já apresentavam uma possível ou provável perturbação.

Pais e professoras tiveram precessões distintas sobre o impacto da possível ou provável perturbação mental na criança, quer em relação ao “sofrimento na criança”, á “sobrecarga na família e escola”, “desempenho em casa e na escola” e na “relação com os outros”.

A possível ou provável perturbação da conduta foi a única possível ou provável perturbação psiquiatria que os pais não associaram como causando “sofrimento na criança”, sendo todas as outras possíveis ou prováveis perturbações identificadas, associadas a “muito” “sofrimento nas crianças”. Com os professores os resultados foram inconsistentes, não existiram diferenças estatisticamente significativas na prevalência de “muito” ou “muitíssimo” sofrimento entre as diferentes possíveis ou prováveis perturbações.

As possíveis ou prováveis perturbações “sobrecarregarem” “muito” as família e comunidade escolar segundo a apreciação dos pais, em particular as crianças com possível ou provável Perturbação Emocional. Nos dados dos professores, surpreendentemente os dados foram inconsistentes, não sendo estatisticamente significativa a “sobrecarga” para professores/classe/turma das crianças com possível ou provável perturbação, nem mesmo as crianças com possível ou provável perturbação da conduta.

Segundo a apreciação dos pais, no que se referiu à pontuação total de dificuldades verificou-se que 50% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 13,2% das crianças mantiveram a pontuação e em 36,8% das crianças piorou a pontuação.

Segundo a apreciação dos professores, no que se referiu à pontuação total de dificuldades verificou-se que 35,5% das crianças apresentaram melhoria na pontuação, 3,2% das crianças mantiveram a pontuação e em 61,3% das crianças piorou a pontuação.

Das 38 crianças que realizaram *follow-up*, 17 melhoraram (44,7%), das quais, 15 (39,5%) deixaram de apresentar possível ou provável perturbação mental, tendo por suplementação do papel em terapia de enfermagem em grupo, regressado a um estado de saúde relativamente estável.

Da avaliação da intervenção terapêutica de prevenção em grupo, os pais consideram que 66,6 % das crianças “melhoraram” ou “melhoram muito” após a intervenção, e os professores consideram que 64,3 % das crianças “melhoraram” ou “melhoram muito” após a intervenção.

Da avaliação se a intervenção foi útil noutros aspetos, como por exemplo, “proporcionar informação ou tornar os problemas mais suportáveis”, 66,7% dos pais consideraram que ajudaram “muito” ou “muitíssimo” e 64,3% dos professores consideram que ajudaram “muito” ou “muitíssimo”.

O desempenho do papel de filho e do papel de aluno foi distinto na criança quando se encontra em interação com o papel complementar parental ou professor, percebendo-se essa distinção pela diferença na avaliação realizada pelo pais e avaliação realizada pelos professores com o SDQ.

5. CONCLUSÃO

A necessidade de criar respostas em saúde mental a crianças e desenvolver uma intervenção em contexto escolar, encontra-se presente na cultura institucional da área de pedopsiquiatria desde o seu fundador, Dr. João dos Santos que em 1970 apresentou uma comunicação sobre higiene mental na escola, com a intencionalidade de integrar nas equipas de saúde escolar, profissionais de saúde mental, propondo o desenvolvimento deste conhecimento a partir do estudo sistemático de casos concretos (Vidigal, et. al., 1999).

Essa cultura foi particularmente importante quando nos confrontamos com o pedido de ajuda da proteção civil, que identificou um conjunto de crianças que poderiam estar em risco e se encontravam a 150 Km de distância, dificultando a acessibilidade para os cuidados em contexto hospitalar. Percebemos que a integração dos profissionais de saúde mental na saúde escolar não foi uma realidade, como idealizava João dos Santos, mas identificamos intervenções internacionais e uma nacional, “+ contigo”, que desde 2013 tem sido financiada para combater o estigma e a prevenção do suicídio nas escola.

O entendimento dos profissionais da Área de Pedopsiquiatria sobre o seu exercício profissional comprometeu-os com o dever de dar uma resposta às necessidades de cuidados da comunidade escolar, adequando a melhor prática à dimensão e diferenciação da equipa.

O Hospital está aberto à comunidade e a elevada diferenciação e especialização dos seus profissionais permitem dar respostas eficazes a situações consideradas comuns e desenvolver respostas singulares em situações excecionais.

Na equipa multidisciplinar de saúde mental os enfermeiros são os profissionais que desenvolvem na sua atividade clínica uma atenção particular ao papel psicossomático. A insuficiência do papel psicossomático da marcha, da alimentação, da eliminação, da gestão da medicação, entre outros cuidados de enfermagem diferenciados, também em saúde mental têm um reconhecimento imediato da

equipa multidisciplinar. Cuidar em casa, ou cuidar na escola, enquanto espaços privilegiados da infância, quer do papel psicossomático ou outro, foi um reconhecimento imediato da direção da área de pedopsiquiatria.

Os contextos de formação pós-graduada em que se encontravam duas enfermeiras, com experiência clínica na área, criou uma motivação acrescida para integrarem esta intervenção. O compromisso assumido pela equipa em desenvolver este projeto de investigação-ação, potenciou uma resposta em saúde diferenciada, permitiu implementar políticas saudáveis na população, ao identificar de forma precoce o risco que crianças, relativamente estáveis, sem patologia diagnosticada, tinham em poderem vir a desenvolver uma perturbação mental, após terem vivido um desastre.

Acresce a esta intervenção de prevenção, o reconhecimento expresso pessoalmente e verificado na avaliação de *follow-up*, onde 66,7% dos pais e 64,3% dos professores consideraram que a intervenção proporcionou informação e tornou os problemas mais suportáveis. A suplementação do papel vivida pelos pais no papel parental e pelos professores no papel de professor foi atingida, de acordo com a informação prestada nas entrevistas e sempre que solicitado, quer na escola quer por telefone.

O SDQ mostrou ser útil na triagem das crianças que apresentavam uma possível ou provável perturbação mental, identificando entre as 103 crianças as que se encontravam em risco.

Ponderámos a possibilidade de realizar uma intervenção terapêutica de prevenção a todas as crianças, independentemente da triagem realizada, uma vez que todas as crianças viveram o Tornado, contudo, foi inviável pelos recursos disponíveis, e tempo de intervenção necessário em contexto escolar. Aceitamos esta limitação e assumimos o compromisso de intervir exclusivamente com as crianças em risco.

Assumimos de igual forma o compromisso junto dos pais, que em caso de na triagem não se identificassem crianças em risco, se os pais desejassem, seriam igualmente encaminhados para uma consulta da especialidade. Apenas os pais de uma criança solicitaram essa referenciação.

O SDQ mostrou ser fácil de aplicar em contexto escolar, apresentando-se como um recurso clínico válido, a mobilizar em contexto de triagem e *follow-up*.

A adesão à intervenção terapêutica de prevenção, por parte dos pais que consentiram, foi de 100%, situação rara em saúde, devendo-se ao facto da intervenção ter decorrido em contexto escolar. As crianças sendo da mesma turma, retiravam-se da sala de aula por uma hora, estando este momento previamente planeado com a professora. O impacto negativo na aprendizagem em sala de aula foi mínimo e a adesão à intervenção foi excelente.

A partilha de informação referente a cada criança, associado à triagem, intervenção terapêutica de prevenção e *follow-up*, foi sempre realizada individualmente com os pais, quando planeada e sempre que os pais solicitaram.

O género e a idade são informação significativa que ficamos a conhecer nesta população, e está de acordo com estudos já realizados. O género masculino apresenta uma prevalência significativamente superior de possíveis ou prováveis perturbações psiquiátricas e da conduta, em particular em idade mais precoce, no pré-escolar. Esta informação foi importante durante a intervenção, tendo estas sessões um maior predomínio de ação. Embora a diversidade de papéis vividos seja menor, a repetição das experiências desses papéis revelou no *follow-up*, serem estas as crianças que mais beneficiam com a intervenção.

As entrevistas de grupo foram uma metodologia eficaz para conhecer o fenómeno, aproximar os professores dos pais e dos profissionais, através da partilha de experiências. Foi significativa a mediação no reconhecimento ao empenho dos profissionais da escola durante o desastre, e no período “pós-catástrofe”.

A insuficiência do papel vivido por pais e professores, após a transição situacional, transformou o “aqui-e-agora”, criando uma situação de incerteza no futuro. O comportamento das crianças, olhado no “aqui-e-agora”, acrescentou a insegurança à incerteza, tendo pais e professores, lido os comportamentos das crianças com um passado transformado. Com o resultado do SDQ, ficamos a conhecer que a maioria das crianças apresentava possível ou provável perturbação psiquiátrica há mais de um ano, anterior ao tornado. As possíveis ou prováveis perturbações da conduta eram todas anteriores ao tornado, enquanto as possíveis ou prováveis perturbações emocionais, foram identificadas antes e depois do tornado.

Os pais identificaram que as crianças apresentavam muito sofrimento com as possíveis e prováveis perturbações, com exceção das crianças com possível ou provável perturbação da conduta. A possível ou provável perturbação da conduta foi uma alteração do comportamento que os pais não identificaram sofrimento na criança, possivelmente por não se associar a um papel da fantasia mas a um papel social. Os papéis sociais têm uma intencionalidade e consciência que quando associada à possível ou provável perturbação da conduta, não é percebida como causadora de sofrimento na criança, a criança simplesmente “portou-se mal”. Por vezes, a possível ou provável perturbação da conduta na criança, surge associada ao sofrimento de quem desempenha o papel complementar.

Com os professores não existiu uma diferença estatisticamente significativa na prevalência de “muito” ou “muitíssimo” sofrimento entre as possíveis ou prováveis perturbações.

Segundo a apreciação dos pais, as possíveis ou prováveis perturbações sobrecarregam “muito” a família e a comunidade escolar, em particular as crianças com possível ou provável perturbação emocional. Na informação dos professores, a sobrecarga para a comunidade escolar, nas crianças com possível ou provável perturbação não foram estatisticamente significativas, nem mesmo as crianças com possível ou provável perturbação da conduta. Este é um resultado

surpreendente, pois nos relatos de alguns professores, as crianças com estes comportamentos, perturbam a sala de aula.

A incongruência de resultados na avaliação das crianças entre pais e professores associa-se possivelmente ao papel distinto das crianças, papel de filho e papel de aluno. Sendo o desempenho dos papéis diferente na criança assim como o desempenho dos papéis complementares, a avaliação dos pais e professores também diverge.

Os desenhos e as narrativas foram um método adequado à infância para conhecer o fenómeno com as crianças, tendo sido a avaliação congruente com os dados do SDQ, em relação à idade. As crianças mais novas, no pré-escolar, apresentaram desenhos com elementos associados ao desastre superior, em relação às crianças no 1º ciclo. Foram também entre as crianças mais novas do pré-escolar, que quando solicitado o desenho da escola, não o fizeram, o que aparenta maior vulnerabilidade nesta idade.

A validação para Portugal do SDQ *follow-up* permitiu avaliar as crianças após a intervenção, ficando a conhecer-se que das 38 crianças que realizaram *follow-up*, 17 melhoraram (44,7%), das quais, 15 (39,5%) deixaram de apresentar possível ou provável perturbação mental, regressando a um estado de saúde relativamente estável.

As técnicas do psicodrama e sociodrama apresentaram-se como uma ferramenta influente para viver múltiplos papéis e papéis complementares, ao serem mobilizadas numa realidade suplementar, em dramatização, onde todos os papéis podem ser criados, vividos e recreados. A intervenção terapêutica de prevenção para crianças, identificou o grupo como o *locus* indicado para a suplementação do papel, pois é com os pares que a criança por processos de comunicação e interação, vive os papéis que elegem.

O percurso e os dados da investigação pressupõem mobilizar esta metodologia em contextos onde não se tenha vivido um desastre, pois a maioria das crianças que apresentaram possível ou provável perturbação psiquiátrica e de oposição, é anterior ao tornado, em particular as crianças mais novas. Foram igualmente estas crianças as que melhor responderam à intervenção terapêutica de prevenção.

Esta intervenção teve validade exclusivamente para o contexto onde se desenvolveu, não tendo tido presente o estudo de sua eficiência na investigação-ação, o que permitiria perceber o impacto na gestão e governação clínica, influenciando as políticas de saúde pública.

Incrementar a atividade de investigação na prática clínica em Enfermagem, de forma sistemática, é o suporte da melhoria contínua da qualidade, na gestão do risco e na produção de evidência que sustente uma clínica inovadora, capaz de influenciar a governação clínica e garantir a segurança e qualidade dos cuidados.

“No final de cada raciocínio o objetivo é que as possibilidades de continuação desse raciocínio aumentem, nunca que diminuam. Depois de tu pensares eu tenho mais armas para continuar a pensar, eis um facto que deve merecer agradecimento. Se o pensamento vai até ao fim, acaba, impõe a sua autoridade, não deixa espaço para contradições, para discussões, para insultos inteligentes, então estamos no ambiente dos métodos definitivos, aqueles que impõem a última palavra (fini) sobre o assunto.” (Tavares, 2013,32)

BIBLIOGRAFIA

AACAP (2008). Helping Children After a Disaster. Nº 36. Acedido em: 26/06/2011.
Disponível em:
http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/helping_children_after_a_disaster

Abreu, J. L. (2006). O Modelo do Psicodrama Moreniano, Climepsi Editores.

Abreu, J. L. (1992). O Modelo do Psicodrama Moreniano, Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica.

Almeida, Ana Nunes de; André, Isabel Margarida; Almeida, Helena Nunes (1999), Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal – Relatório Final, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.

Almeida, JM Caldas (2015). Concluding Remarks. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. 11 (suppl 1: M8) 124

Almqvist, F. et al (1999). Psychiatric Disorders in 8-9-year-Old Children Based on a Diagnostic Interview with the Parents. European Child & Adolescent Psychiatry. Issn 1435-165x. Vol. 8, suppl 4. P. 17-28. Bardin, Laurence (2004). Análise de conteúdo (2ª Ed.). Lisboa: Edições 70.

Ayers, T. S. (1991). A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative theoretical models. Unpublished Dissertation, Arizona State University, Tempe.

Baggerly, J.; Exum, H. (2008). Counseling Children After Natural Disasters: Guidance for Family Therapists. The American Journal of Family Therapy. ISSN 1521-0383. Vol. 36. p. 79 – 93.

Baker, Philip (2004). Assessment in psychiatric and mental health nursing: In search of whole person. 2ª ed. Cheltenham: Nelson Thornes. ISBN 0-7487-7801-2.

Bardin, Laurence (2004). *Análise de Conteúdo* (2ª Ed.). Lisboa: Edições 70.

Biesheuvel, C. et al (2008). Advantages of the nested case-control design in diagnostic research. BMC Medical Research Methodology. Vol. 8, nº 48. (Julho 2008). p. 1-7. Acedido em: 26/08/2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/8/48>

Bonita, R.; Beaglehole, R.; Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Santos Editora. ISBN 978-85-7288-839-4.

Cabral, Manuel Villaverde (coordenador). Silva, Pedro Alcântara da; Mendes, Hugo (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais.

Carr, A. (2004). Interventions for Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Pediatric Rehabilitation*, 7(4), 231-244. doi:10.1080/13638490410001727464, Guia para Auto-Aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.

Chick, N.; Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In: CHINN, Peggy L. - Nursing research methodology: issues and implementation. Rockville Md.: Aspen Publishers. ISBN 978-087-1893-73-4.

Colliere, Marie F. (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.

Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde Mental da População Rumo a uma estratégia de Saúde Mental para a União Europeia*. Bruxelas.

Cook-Cottone, C. (2004). Childhood Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, Treatment, and School Reintegration. *School Psychology Review*, 33(1), p. 127-139. Retrieved from EBSCOhost.

CRED (2012) .Guha-Sapir D.; Vos F., Below R., with Ponserre S.. Annual Disaster Statistical Review 2011: The Numbers and Trends. Brussels.

Damásio, António (2010). *O Livro da Consciência – A Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa, Editora Temas e Debates, 1^aed.

Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. D.R I Série – A. 205 (04-09-1996) 2959-2962.

Demir, T., Demir, D., Alkas, L., Copur, M., Dogangun, B., & Kayaalp, L. (2010). Some Clinical Characteristics of Children who Survived the Marmara Earthquakes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), p. 125-133. doi:10.1007/s00787-009-0048-1

Direção Geral da Saúde, Direção de Serviços de Planeamento, Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (2004). *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.

Eco, U. (1998). *Como se faz uma tese*: Lisboa, Editorial Presença.

Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental - 2017*. Lisboa. Direção Geral Saúde.

Enders, A.; Brandt, Z. (2007). Using Geographic Information System Technology to Improve Emergency Management and Disaster Response for People With Disabilities. *Journal of Disability Policy Studies* [serial online]. p.223-229. Available from: Academic Search Premier, Ipswich, MA. Accessed December 14, 2007.

Elias, Norberto (1999) – *Introdução à Sociologia*, Lisboa: Edições 70

Elias, Norberto ([1993]2004) – A Sociedade dos Indivíduos, (2ª Edição) Lisboa: Dom Quixote

Ellis, B.; Boyce, W., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M., & van Ijzendoorn, M. (2011). Differential Susceptibility to the Environment: an Evolutionary-Neurodevelopmental Theory. *Development And Psychopathology*, p. 7-28.

Fawcett, J.; Russell, G. (2001). Policy, Politics, & Nursing Practice. A Conceptual Model of Nursing and Health Policy, 2 (2). Acedido em Maio de 2011. Disponível em: <http://ppn.sagepub.com/cgi/content/abstract/2/2/108>.

Ferreira, Teresa (2002). Em Defesa da Criança – Teoria e prática psicanalítica da infância. Lisboa: Assírio & Alvim.

Fleitlich-Bilyk, B.; Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. ISSN 0890-8567. Vol. 43, nº 6. p. 727-34.

Flick, Uwe (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. 1ª ed., Lisboa, Editora Monitor.

Fombonne, E. (1994). The Chartres Study: I. Prevalence of Psychiatric Disorders Among French school-age Children. *British Journal of Psychiatry*. Londres. ISSN 1472-1465. Vol. 164, nº 1. p. 69-79.

Ford, T.; Goodman, R.; Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. ISSN 0890-8567. Vol. 42, nº 10. p. 1203-1211.

Fortin, Marie (2000). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

Galvin, E. et al. (2000). Challenging the Perceptions of Family-Centered Care: Testing a Philosophy. *Pediatric Nursing*. 26 (6).

Giddens, Anthony (2001). *Modernidade e Identidade Pessoal*, (2ª. Edição) Oeiras: Celta Editora

Garnier, Pascale (1995), *Ce dont les enfants sont capables marcher, travailler, nager XVIII; XIX, XX siècles*, Editions Métailié

Giddens, Anthony (1996), *Transformações da Intimidade – sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*, (2ª. Edição) Oeiras: Celta Editora.

Giddens, Anthony (2001), *Modernidade e Identidade Pessoal*, (2ª. Edição) Oeiras: Celta Editora

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company.

Goffman, Erving (1993). *A apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*, Lisboa: Relógio D' Água.

Goffman, Erving (1999). *A Ordem da Interação*, in Yves Winkin (org.) *Os Momentos e os seus Homens*, Lisboa: Relógio d'Água, p. 190-235.

Gomes, Zélia (2009). *Desenho Infantil – Modos de interpretação do mundo e simbolização do real. Um estudo em sociologia da Infância*. Universidade do Minho – Instituto de Estudos da Criança. Tese de Mestrado em Sociologia da Infância.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Cambridge. ISSN 1469-7610. Vol. 38, nº 5. p. 581–586.

Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Cambridge. ISSN 1469-7610. Vol. 40, nº 5. p. 791-801.

Goodman R, Scott S (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, p. 27, 17-24.

Goodman, R. et al (2000a) - Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*. Londres. ISSN 1472-1465. Vol. 177. p. 534-539.

Goodman R.; Renfrew D.; Mullick, M. (2000b) - Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry*. ISSN 1435-165X. Vol. 9, nº 2. (Junho 2000) p. 129-134.

Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. ISSN 0890-8567. Vol. 40, nº 11. p. 1337-1345.

Guerra, Isabel Carvalho (2002). Fundamentos e processos de uma sociologia da acção : o planeamento em Ciências Sociais. 2.^a ed. Cascais : Principia.

Gureje, O. et al (1994). Psychiatric Disorders in a Paediatric Primary Care Clinic. *British Journal of Psychiatry*. Londres. ISSN 1472-1465. Vol. 165, nº 4, p. 527-530.

Hill, M.; Hill, A. (2009). Investigação por questionário. 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-273-3.

Holmes, Paul; Karp, Marcia; Watson, Michael (1994). O Psicodrama Após Moreno – Inovações na teoria e na prática. São Paulo, Editora Agora.

International Council of Nurses (2007) - ICN Position Statement on Nursing. Acedido em: 12/03/2012. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B05_Nsg_Research.pdf

Joint Action on Mental Health and Well-being (2017). Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action. European Union.

Kolber, A. J. (2006). Therapeutic Forgetting: The Legal and Ethical Implications of Memory Dampening. *Vanderbilt Law Review*, 59(5), p. 1561-1626. Retrieved from EBSCOhost.

Kovess, V., Carta, M. G., Pez, O., Bitfoi, A., Koç, C., Goelitz, D., ... Otten, R. (2015). The School Children Mental Health in Europe (SCMHE) Project: Design and First Results. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 11(Suppl 1 M7), 113-123.

Langholz, B. (2005). Case-Control Study, Nested. In: *Encyclopedia of Biostatistics*. 2^a ed. Vol. 1. Colton, John Wiley & Sons: Chichester. ISBN 0-470-84907-X. p. 646-655, Acedido em: 26/08/2012. Disponível em: http://hydra.usc.edu/pm518b/literature/eob_nested.pdf

Last, J. M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. 4^a ed. Oxford: Oxford University Press.

Linna, SL; Moilanen, I. (1994). The Finnish National Epidemiological Study of Child Psychiatric Disorders. Results from prevalence screening in Northern Finland. *Arctic Medical Research*. ISSN 0782-226X. Vol.53, Suppl 1. p. 7-11.

Lundberg, Mattias; Wuermli, Alice. (2012). *Children and Youth in Crisis: Protecting and Promoting Human Development in Times of Economic Shocks*. © Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/9374>

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN: 0873-8904. Vol. 12, nº 2. (2º Semestre de 2008). p. 62-66.

Marzocchi, G. M. et al (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. European Child & Adolescent Psychiatry. ISSN 1435-165X. Vol. 13, nº 2, p. 40 – 46.

Mathai, J.; Anderson, P.; Bourne, A. (2002). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS). Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. Adelaide. ISSN 1446 -7984. Vol. 1, nº 3, p. 1-12.

Mathai, J.; Anderson, P.; Bourne, A. (2004). Comparing Psychiatric Diagnoses Generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with Diagnoses Made by Clinicians. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. ISSN 1440-1614. Vol. 38, nº 8, p. 639 – 643.

Meleis, Afaf Ibrahim (1997). Theoretical nursing: Development & progress. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Meleis, Afaf. et al (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. ISSN 1550-5014. Vol. 23, nº1, p. 12-28.

Meleis, Afaf Ibrahim (2005). Theoretical Nursing: Developement & Progress. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, Afaf Ibrahim (2010). Transitions Theory Middle-range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. 3ª ed. New York: Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). Recomendações para a prática clínica – Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Miguel, Luís S.; Brito de Sá, Armando (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011 – 2016: reforçar, expandir, Ministério de Saúde, Alto Comissariado de Saúde.

Monteiro, A.; Carvalho, E. (2008). Sociodrama e Sociometria, Brasil, Editora Agora.

Moreno, Jacob Levy (1992). Pai do psicodrama, da sociometria e da psicoterapia de grupo, São Paulo, Editora Agora.

Moreno, Jacob Levy (1992a). As Palavras do Pai. Brasil, Editorial Psy.

Moreno, Jacob Levy (2013). Psicodrama. São Paulo, Editora Pensamento-Cultrix Ltda, Ed. 17.

Moura, M; Encarnação, R.; Gomes, Fátima (2010). Papel do SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) como medida de avaliação psicométrica em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, nº 28, p. 77-88.

Muris, P.; Meesters, C.; Van Den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. ISSN 1435-165X. Vol. 12, nº 1, p. 1-8.

Nabais, A. (2005). Reconhecer a Criança como Cidadão na Saúde – Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Sociologia na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, não publicada.

Nabais, A. (2008). Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos. Conceptualização para a prática Clínica. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN 1646-2629. nº 30. (Outubro – Dezembro 2008). p. 38-43.

Nabais, A.; Guerreiro, E. (2005). Intervenção Psicoterapêutica de Grupo com Crianças no Período de Latência, in Vidigal, M.J. – Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes.

Nabais, A.; Rodrigues, R. (2011). The sociodramatic experience – A group therapy approach for children transitioning to adolescence» in Ron Wiener, Di Adderley & Kate Kirk - Sociodrama in a Changing World, Lulu

Nunes, Lucília (2005). Ética na investigação em Enfermagem. Comunicação – Mesa-Redonda. In Ética na Prática de Enfermagem - XXVI Congresso Português de Cardiologia. Porto.

Nunes, Lucília (2017). Para uma Epistemologia de Enfermagem. Loures: Lusodidática

Ordem dos Enfermeiros (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011) – CIPE® Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde (2001) – The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. ISBN 92-4-156201-3.

Organização Mundial de Saúde (2010) - Mental health: strengthening our response. Fact sheet N°220. Acedido em: 21/06/2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Organização Mundial de Saúde (s. d.) - The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. s. n.: s. l. Acedido em: 24/09/2012. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>].

Peterson, D. et al (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. European Child & Adolescent Psychiatry. ISSN 1435-165X. Vol. 15, nº 2. (Fevereiro 2006), p. 71-78.

Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Resolução do Conselho de Ministros nº 49/ 2008.

Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Resumo Executivo, Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Portugal. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de Acção 2007 – 2016. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-95146-6-9.

Portugal. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. ISBN 978-989-96263-2-4.

Rank, M. (2010). Facilitating Hope in the Wake of Fear: The Implementation of a Culturally Sensitive Group Model of Intervention for Trauma Survivors in Latin America. *Journal of Trauma Counseling International*, 3(1), p. 1-24. Retrieved from EBSCOhost.

Resende, José Manuel (2003), *O Engrandecimento de uma Profissão: Os Professores do Ensino Secundário Público no Estado Novo*, Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia

Resende, José Manuel (1999), «A construção social do corpo nas sociedades de modernidade tardia: disposições corporais distintas e a corporalidade como recurso mobilizado nas relações e trajetórias sociais» in *Fórum Sociológico*, N.º. 1/2 (IIª. Série), Lisboa: IEDS/UNL. pp. 9-40.

Rebekah, Chilcote (2007). Art Therapy with Tsunami Survivors in Sri Lanka. *Journal of the American Art Therapy Association*. 24 (4), p. 156-162.

Resolução do Concelho de Ministros n.º 49/2008. Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016). *Diário da República*. 1.ª série — N.º 47 — 6 de Março de 2008.

Rigby, Alan S. Statiscal recommendations for papers submitted to *Developmental Medicina & Child Neurology*. *Developmental Medicine & child Neurology* 30 November 2009; p. 299-304

Ryan-Wenger, Nancy (1998). Children's Drawings: An Invaluable Source of Information for Nurses. *Journal of Pediatric Health Care*. 12 (3), p. 109 -110.

Santos, João (2007). *Ensinaram-me a Ler o Mundo à Minha Volta*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Santos, João (2009). *É Através da Via Emocional que a Criança Aprende o Mundo Exterior*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Sarmiento, Manuel; Marchi, R., (2008). Radicalização da infância na segunda modernidade: Para uma Sociologia da Infância crítica. *Configurações*, p. 91-113.

Sarmiento, Manuel; Pinto, Manuel (1999). As Crianças e a Infância: definindo conceitos, delimitando o campo, in *As Crianças – Contextos e Identidades*, Centro de Estudos da Criança, Universidade do Minho, p. 9-30.

Sarmiento, Manuel Jacinto (2000). A infância e o Trabalho: a (re)construção social dos “ofícios da criança” in *Fórum Sociológico*, Nº. 3/4 (IIª. Série), Lisboa: IEDS/UNL, p. 33-47.

Sarmiento, Manuel Jacinto (1999). Introdução in *Saberes sobre as Crianças, Para uma Bibliografia sobre a Infância e as Crianças em Portugal (1974 – 1998)*, Centro de Estudos da Criança, Universidade do Minho, p. 9-22.

Schumacher, K.; Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of nursing Scholarship*. ISSN 1547-5069. Vol. 26, nº 2, p. 119-124.

Serra, Adriano (2007). Catástrofes - As suas repercussões no ser humano. In Sales, Luísa. *Psiquiatria de Catástrofe*. Coimbra: Almedina, p. 37-47.

Soeiro, Alfredo Correia (1991). *Psicodrama e Psicoterapia*. Lisboa: Escher

Vaz serra, A. (2007). Catástrofes – As suas repercussões no ser Humano. In: Sales, L. - *Psiquiatria de Catástrofe - Memória do Encontro Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise*. Coimbra: Edições Almedina. ISBN 978-972-40-3316-7.

Vidigal, M. e Colaboradores (2005). *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar*. Lisboa: Trilhos Editora. ISBN – 972-99110-1-0.

World Health Organization, (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne*.

World Health Organization, (2004a). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options : World Health Organization*. ISBN: ISBN 92 4 159215 X

World Health Organization, (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version: World Health Organization*.

World Health Organization, (2010). *WHO Resource Book on Mental Human Rights and Legislation*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, (2012) *Quality Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva.

World Health Organization, (2013) *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*.

World Health Organization, (2017). *WHO Recommendations on Adolescent Health: Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee*. World Health Organization.

Zotti, M. et al (2006). *Evaluation of a Multistate Faith-based Program for Children Affected by Natural Disaster*. *Public Health Nursing*. ISSN 0737-1209. Vol. 23, nº 5. (Setembro-Outubro 2006). p. 400 –409.

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

ANEXOIII

ANEXOIV

ANEXO V

ANEXOVI

ANEXO VII

APÊNDICE

Tabelas de Análise - desenhos